



Université  
Paul Sabatier

TOULOUSE III



Université  
de Toulouse

# Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État en psychomotricité

Faculté de médecine Toulouse Rangueil  
Institut de Formation en Psychomotricité

LA PLEINE CONSCIENCE,  
UNE MEDIATION PSYCHOMOTRICE DANS LA  
PRISE EN CHARGE DE LA  
DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE ?

LAPENDRY PAULINE

MAI 2015



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

## **PREMIERE PARTIE : LA DOULEUR CHRONIQUE**

### **A/ Généralités sur la douleur**

1) Définition de la douleur.....	2
2) Épidémiologie de la douleur chronique.....	2
3) Composantes de la douleur.....	3
4) Types de douleur selon l'étiologie.....	4

### **B/ Mécanismes neuro-physiologiques de la douleur**

1) Définition des troubles neurologiques associés à la douleur.....	5
2) Voies neurologiques.....	6
3) Modulation de la douleur.....	8
4) Physiopathologie de la douleur chronique.....	9

### **C/ Mécanismes psychologiques**

1) La douleur selon les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC).....	11
2) Comorbidités psychiatriques.....	15

### **D/ Pathologies douloureuses chroniques**

1) Céphalée de tension et migraine.....	19
2) Algodystrophie.....	20
3) Fibromyalgie.....	21

### **E/ Prise en charge globale de la douleur chronique**

1) Traitements pharmacologiques.....	22
2) Traitements non-médicamenteux.....	22
3) Éducation thérapeutique.....	23

### **F/ Douleurs chroniques et fonctionnement psychomoteur**

1) La douleur chronique, un trouble psychomoteur ?.....	23
2) Le fonctionnement cognitif et émotionnel.....	25
3) Zoom sur les fonctions supérieures.....	26

## **DEUXIEME PARTIE : LA PLEINE CONSCIENCE**

### **A/ Généralités**

1) Historique.....	28
2) Définition.....	28
3) Attitudes de la pleine conscience.....	29
4) Ouverture à l'expérience et acceptation.....	29
5) Une expérience d'ordre méta-cognitive.....	30

<b>B/ La pleine conscience et les douleurs chroniques</b>	
1) La pleine conscience parmi les TCC.....	30
2) Études sur les effets thérapeutiques de la pleine conscience..	32
3) Modèles explicatifs des processus de changement.....	34

<b>C/ Approche psychomotrice</b>	
1) Pleine conscience et relaxation.....	37
2) Tonus.....	38
3) Mouvement.....	38
4) Posture.....	39
5) Attention.....	39
6) Vécu corporel.....	40
7) Régulation émotionnelle.....	40
8) Contre-indications.....	40

## **TROISIEME PARTIE : PARTIE PRATIQUE**

<b>A/ Le bilan psychomoteur</b>	
1) Les échelles d'évaluation.....	42
2) Les tests psychomoteurs.....	44
3) Le re-test.....	44

<b>B/ Le projet thérapeutique de groupe</b>	
1) La construction du projet.....	45
2) Le déroulement des séances.....	45

<b>C/ Présentation de patientes</b>	
1) Mme M.....	47
2) Mme P.....	56
3) Mme T.....	64

<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	73
--------------------------------	----

<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	79
--------------------------------	----

<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	80
-----------------------------------	----

<b><u>ANNEXES</u></b> .....	85
-----------------------------	----

# Introduction

Lors de ma deuxième année d'étude, j'ai eu l'occasion de participer à une journée de formation sur la prise en charge de la douleur chronique en psychomotricité réalisée par l'AFPIDC (Association Française des Psychomotriciens Intervenant en Douleur Chronique). J'y ai découvert un champ d'application de la psychomotricité qui jusque là m'était inconnu, et qui a commencé à me questionner. Quelles réponses apporter face au phénomène complexe de la douleur et à ces conséquences psychomotrices ?

Puis c'est en début de troisième année qu'une initiation à la méditation de pleine conscience nous a été proposée dans le cadre de notre formation. Cette expérience si particulière au regard de nos modes de vies occidentaux m'a profondément interpellée, interrogée. En effet, pourquoi cette pratique millénaire est-elle devenue un outil thérapeutique très en vogue actuellement ?

Parallèlement j'ai commencé à rencontrer des patients souffrant de douleurs chroniques dans un service de consultation spécialisé. Il faut préciser que le milieu médical s'intéresse de plus en plus à la prise en charge de la douleur, aboutissant à la création de centres anti-douleur multidisciplinaires. C'est dans ce contexte d'ouverture et de recherches de stratégies thérapeutiques complémentaires que c'est déroulé mon stage. Face à l'impact bio-psycho-social de la douleur et à la diversité des patients, les traitements pharmacologiques sont parfois insuffisants. Les traitements non-médicamenteux tels que la psychothérapie, la kinésithérapie ou encore l'ostéopathie complètent l'offre de soins (la liste n'étant pas exhaustive). La psychomotricité semble s'inscrire pleinement dans cette prise en compte de l'aspect somato-psychique de la douleur. Que proposer alors pour améliorer la gestion de la douleur, pour répondre aux attentes de « lâcher-prise » des patients ? C'est ainsi que la proposition de pratique de la méditation de pleine conscience a commencé à prendre du sens.

Ce mémoire a pour objectif d'amorcer une réflexion sur la prise en charge psychomotrice de la douleur chronique par l'intermédiaire de la méditation de pleine conscience. Ainsi, de nombreuses questions sous-jacentes se posent :

- Comment aborder la rencontre, l'évaluation et la prise en charge psychomotrice de patients souffrant de douleurs chroniques ?
- Qu'est ce que la méditation de pleine conscience et en quoi est-elle intéressante à la fois comme médiation psychomotrice et comme support de soin pour les patients ?
- Sous quelles modalités théorico-cliniques aborder ce travail ?

Nous commencerons donc par aborder les notions de douleur chronique et de pleine conscience avant d'exposer la réalisation pratique de ce travail.

# PREMIERE PARTIE : LA DOULEUR CHRONIQUE

## A) Généralités sur la douleur

### 1) Définition de la douleur

L'international Association For the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme une « **expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrites en terme d'un tel dommage.** »

Quelque soit l'étiologie, le vécu douloureux se manifeste avant tout comme un phénomène subjectif, personnel et complexe.

La douleur aiguë a une valeur adaptative. Elle est un signe d'alarme utile qui permet de réaliser un diagnostic, de trouver un traitement adéquat et de favoriser la guérison par un ajustement des réactions et des comportements (j'évite de mobiliser mon articulation en cas de fracture). La douleur aiguë est un symptôme transitoire qui participe à la protection de l'individu.

En revanche, lorsque la douleur persiste, elle perd sa finalité biologique. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la douleur chronique comme « un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. » (HAS, 2008). Généralement, la douleur est dite chronique lorsqu'elle est présente depuis au moins **3 à 6 mois**. Elle ne remplit plus sa fonction première de protection, mais au contraire provoque des effets délétères. C'est toute la sphère bio-psycho-sociale de l'individu qui est altérée.

### 2) Épidémiologie

Selon l'étude de Bouhassira et de ses collaborateurs réalisée en 2004 sur 23000 personnes françaises, la prévalence de la douleur chronique est de 31,7% (douleur supérieure à 3 mois). Elle est décrite comme modérée à sévère dans 19,9% des cas et correspond à une douleur neuropathique dans 6,9% des cas. Elle est plus fréquente chez les femmes (35%) que chez les hommes (28,2%) et augmente avec l'âge, surtout après 65 ans. Concernant les catégories socioprofessionnelles la prévalence est plus importante pour les agriculteurs et ouvriers que pour les cadres (environ 30% contre 20,8%).

### 3) Composantes de la douleur

#### a. Composante sensori-discriminative

Il s'agit des **aspects qualitatifs et quantitatifs** de la douleur correspondant aux données neuro-physiologiques. L'évaluation de cette composante a pour objectif de localiser la douleur (délimitation d'une zone, irradiations, douleur superficielle, douleur profonde, etc), son type qualitatif (brûlure, fourmillement, décharge électrique, etc), son intensité, sa durée, son évolution. C'est ce qui est généralement décrit en cas de douleur aiguë.

#### b. Composante affectivo-émotionnelle

La sensation douloureuse est teintée d'un aspect désagréable, pénible. Cet aspect affectif correspond à la manière dont le sujet ressent sa douleur (supportable, gênante, épuisante, obsédante). Ce **ressenti** entretient un lien étroit avec les réactions émotionnelles telles que de l'anxiété ou la peur et la psychopathologie (la dépression par exemple).

#### c. Composante cognitive

« Le terme cognitif désigne l'ensemble de **processus mentaux** qui accompagnent et donnent du sens à une perception en adaptant les réactions comportementales : processus d'attention, d'anticipation et de diversion, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, langage et savoir sur la douleur (sémantique) avec les phénomènes de mémoire et d'expériences douloureuses personnelles (mémoire épisodique) décisifs sur le comportement à adopter. » (Boccard & Deymier, 2006)

Aborder la composante cognitive revient à répondre aux questions : quel sens le patient accorde-t-il alors à sa douleur ? Quelles sont ses croyances, ses références ? A quoi attribue-t-il la cause de sa douleur ?

#### d. Composante comportementale

Il s'agit des **manifestations verbales et non-verbales** du sujet en réponse à la douleur : postures, plaintes, mimiques, réflexes, sollicitude de l'entourage, isolement, limitations dans les activités quotidiennes, etc. La manière dont le sujet réagit à la douleur a valeur de **communication** avec l'entourage.

Ces composantes de la douleur varient selon le contexte, la personnalité du sujet, son histoire, sa culture, son environnement social et familial, son âge, son sexe.

#### 4) Types de douleurs selon l'étiologie

La démarche diagnostique doit permettre d'identifier le mécanisme physiopathologique sous-jacent à la douleur.

##### a. Douleur par excès de stimulations nociceptives

Ce mécanisme correspond à la représentation la plus commune de la douleur. La douleur provient d'un excès de stimulation des nocicepteurs suite à une lésion tissulaire. Une réaction inflammatoire intense est souvent associée en cas de douleur aiguë ; on appelle aussi ces douleurs « douleurs inflammatoires ». Les rhumatismes entrent dans le cadre des douleurs chroniques par excès de nociception.

##### b. Douleur neuropathique

L'IASP définit la douleur neuropathique comme une « douleur directement provoquée par une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel ». « Ces douleurs résultent de la compression d'un tronc, d'une racine ou d'un plexus (sciatique par hernie discale, syndrome canalaire, tumeur...). D'autres ne sont pas liées à une compression persistante et surviennent dans des tableaux séquellaires. » (Mourin et Bourreau, 2011) L'étiologie peut être périphérique ou centrale et la douleur survient au niveau du territoire d'innervation du nerf. « L'origine neuropathique de la douleur est aisément identifiée dans un contexte connu d'atteinte neurologique ; elle est souvent mal identifiée au cours du cancer ou dans les séquelles post-chirurgicales. » (Boccard & Deymier, 2006)

* Description clinique : douleur spontanée et / ou provoquée → composante continue (brûlure) → composante fulgurante, intermittente (décharges électriques) → dysesthésies (fourmillements, picotements)
* Douleur pouvant contraster avec l'absence de lésion somatique
* Intervalle libre après la lésion initiale
* Examen neurologique → signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) → signes d'hypersensibilité (allodynie, hyperpathie)
<i>Aucune de ces caractéristiques sémiologique n'est obligatoire</i>

Tableau sémiologique des douleurs neuropathiques extrait de *Pratique du traitement de la douleur*, Boccard & Deymier, 2006

### c. Douleur psychogène

Le diagnostic de douleur psychogène ne peut être posé qu'après avoir éliminé une cause organique. « La sémiologie de la douleur aide à suspecter une origine psychogène : description luxuriante, imprécise ou variable, sémiologie atypique. » Il correspond cependant à une « sémiologie psychopathologique positive : conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel (dépression), hypocondrie. » (Boccard & Deymier, 2006)

### d. Douleur « dysfonctionnelle » ou idiopathique

Il s'agit d'un « ensemble de syndromes douloureux chroniques qui ne sont ni liés à une lésion nerveuse avérée, ni à des processus inflammatoires. » (Bouhassira & Attal, 2012). Dans ce cas, on admet que le système nociceptif dysfonctionne, le mécanisme physiopathologique n'étant pas clairement élucidé par les connaissances scientifiques actuelles. C'est le cas par exemple pour les céphalées de tension ou la fibromyalgie (cf pages 20 et 22).

Dans de très nombreuses situations cliniques (cancer, traumatisme nerveux, neuropathie diabétique, lombosciatique chronique, etc), les douleurs neuropathiques coexistent avec des douleurs par excès de nociception. Le terme de « **douleurs mixtes** » est alors le plus souvent utilisé. » (Bouhassira & Attal, 2012)

On parle de douleurs « **sine materia** » lorsqu'aucun bilan organique ne permet d'expliquer les douleurs ressenties par le patient.

## **B) Mécanismes neuro-physiologiques**

### **1) Définition des troubles neurologiques associés à la douleur**

Allodynie	Douleur provoquée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur
Analgésie	Absence de douleur en réponse à une stimulation normalement douloureuse
Dysesthésie	Sensation anormale et désagréable qui peut être provoquée ou spontanée
Hyperalgésie	Réponse exagérée à une stimulation qui normalement est douloureuse
Hyperesthésie	Sensibilité exagérée à une stimulation, à l'exception des systèmes sensoriels spécifiques
Hypoalgésie	Diminution de la douleur évoquée par un stimulus normalement douloureux
Hypoesthésie	Diminution de la sensibilité à une stimulation, exception faite des systèmes sensoriels spécifiques
Paresthésie	Sensations anormales qui peuvent être spontanées ou provoquées

Inspiré du tableau de définitions de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (d'après Merskey et Bogduk et l'IASP) in Bouhassira et Attal (2012)



## 2) Voies neurologiques

Le processus sensoriel à partir duquel s'élabore le message douloureux est appelé nociception.

### a. Au niveau périphérique

→ Détection du stimulus douloureux

Les récepteurs de la douleur sont appelés **nocicepteurs**. Ce sont des terminaisons libres amyéliniques qui se situent dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires et dans la paroi des viscères. Il existe différents types de nocicepteurs : les mécano-récepteurs (pression, étirement), les thermo-récepteurs (température), les chémo-récepteurs (substances chimiques). Les nocicepteurs polymodaux C jouent un rôle important dans la détection et le codage de l'information douloureuse cutanée (leur seuil de décharge est corrélé au seuil de la sensation douloureuse).

→ La réponse inflammatoire

Lors d'une lésion tissulaire, les cellules sanguines et les mastocytes libèrent des substances chimiques telles que la bradykinine, les prostaglandines, l'histamine, la sérotonine, etc. Les nocicepteurs libèrent la substance P, un neuropeptide excitateur. Ces molécules provoquent des modifications biochimiques qui augmentent l'inflammation au niveau de la lésion : c'est l'hyperalgésie primaire. Les substances chimiques libérées induisent une diminution des seuils d'activation des nocicepteurs pouvant aller jusqu'à l'allodynie. Puis les fibres nociceptives des tissus sains adjacents sont recrutés : c'est l'analgésie secondaire. L'hyperalgésie sert à protéger les régions endommagées, à favoriser la cicatrisation et à protéger le territoire des infections (en augmentant la circulation sanguine).

→ Activation du protoneurone (ou neurone de premier ordre)

Les nocicepteurs sont reliés à des fibres nerveuses appelées « neurones primaires » ou « afférences primaires » dont le corps cellulaire se trouve dans les ganglions rachidiens.

Les **fibres A delta** transmettent des informations mécaniques et thermiques. Elles sont peu myélinisées, leur diamètre est fin et leur vitesse de conduction rapide (< 30 mètres par seconde). Suite à une stimulation nociceptive, elles sont responsables d'une sensation douloureuse brève et localisable.

Les **fibres C** sont polymodales (conduction de la douleur, de la température et du tact grossier). Elles sont amyélinisées, ont un diamètre fin, une vitesse de conduction lente (< 2 mètres par seconde), et un seuil d'activation élevé. Elle correspondent à une douleur plus tardive et diffuse.

Normalement ces fibres n'ont pas d'activité spontanée.

### b. Au niveau médullaire

Les protoneurones rejoignent la moelle épinière par les **racines dorsales**. Ils font synapse avec les deutoneurones (ou neurone de deuxième ordre) dans la **substance grise médullaire**. Il existe deux types de deutoneurones :

- les **deutoneurones** dits **spécifiques** (couche I et II) : ils ne sont excités que par des stimulations mécaniques ou thermiques intenses provenant exclusivement des fibres C et A delta, soit des informations nociceptives uniquement. Leur activité n'est déclenchée qu'à partir d'un certain seuil de stimulation.
- les **deutoneurones** dits **non-spécifiques** (couche IV et VI) : ils répondent à des stimulations à la fois mécaniques faibles, thermiques et chimiques, soit des informations nociceptives et non-nociceptives. Leur décharge augmente en fonction de l'intensité du stimulus. Ces neurones sont activés lors de douleurs viscérales, musculaires ou articulaires intenses. La convergence des informations viscérales et cutanées sur un même neurone explique la notion de « douleurs projetées ». L'information nociceptive est interprétée comme venant d'un territoire cutané (membre supérieur gauche) alors qu'elle provient d'un stimulus viscéral (angine de poitrine).

### c. Au niveau supra-médullaire

Les deutoneurones décussent dans la substance grise puis se séparent en deux faisceaux :

- le faisceau **spino-thalamique antéro-latéral** de la moelle épinière. Il se projette dans le thalamus latéral où se trouve le neurone de troisième ordre. Ce dernier se projette essentiellement dans les cortex somesthésiques primaire et secondaire et dans le cortex insulaire. Ces projections sont responsables de la **composante sensori-discriminative** du stimulus nociceptif (région topographique, intensité, nature). Puis d'autres projections sont émises sur le cortex frontal et cingulaire, permettant une réaction motrice de défense face à un stimulus douloureux, ainsi que dans les aires pariétales postérieures associées à l'attention.
- le faisceau spino-réticulo-thalamique de la moelle épinière. Ce faisceau est le plus ancien d'un point de vue évolutif. Il passe par la substance réticulée du tronc cérébral ainsi que par la substance grise péri-aqueducule située dans le mésencéphale. C'est au niveau du thalamus que le neurone de troisième ordre émet de nombreuses collatérales : à l'hypothalamus (réactions neurovégétatives sympathiques), à différents noyaux du système limbique (responsable des émotions et de la mémorisation), au cortex frontal (contrôle de la douleur), au cortex insulaire, le cortex cingulaire, au cortex pariétal (attention). Ce faisceau correspond d'avantage à la **composante émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur**.

### 3) La modulation de la douleur

#### a. Au niveau médullaire

La théorie du « **gate control** » de Melzack et Wall explique comment l'information douloureuse peut être modulée au niveau spinal. Les deutoneurones de la corne dorsale reçoivent des influx en provenance des fibres nociceptives C et A-delta, des fibres non nociceptives A alpha et bêta (informations tactiles), des interneurones inhibiteurs.

Lorsque les fibres C et A-delta sont activées, elles inhibent les interneurones inhibiteurs ce qui active le neurone de deuxième ordre : la porte est « ouverte », l'influx correspondant à la stimulation douloureuse est transmis.

Parallèlement, lorsque les fibres A bêta et A alpha sont stimulées, elles activent les interneurones inhibiteurs ce qui inhibe le deutoneurone : la porte est « fermée », l'influx correspondant à la stimulation douloureuse est amoindri. Ces fibres ont une vitesse de conduction plus rapide que les fibres nociceptives.

Ce mécanisme explique le réflexe antalgique que nous avons suite à stimulation douloureuse : nous frottons le territoire concerné afin que le message tactile supplante l'information douloureuse. C'est le principe de la **Neurostimulation Électrique Transcutanée (TENS)** : des électrodes posées sur la peau et reliées à une commande électrique permettent de réduire la douleur, localement et temporairement.

#### b. Au niveau supra-médullaire

Différentes voies descendantes d'inhibition de la douleur existent :

- la modulation par les **endorphines**

Partant de la substance grise péri-aqueducule, des fibres inhibitrices descendantes se projettent dans la corne dorsale. Elles libèrent des endorphines qui agissent sur les récepteurs médullaires opioïdes, inhibant ainsi la transmission nociceptive. La morphine agit sur ces mêmes récepteurs.

- la modulation par la **noradrénaline** et la **sérotonine**

Ces voies sont déficientes en cas de dépression ou de fibromyalgie. Les IRSNA (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline) et les antidépresseurs tricycliques permettent de pallier à cette anomalie. (Gaillard, 2014)

#### c. Au niveau des mécanismes cérébraux supérieurs

« Les sciences cognitives postulent que nos capacités mentales d'appréhension et de réaction à notre environnement sont apparentées à un système de traitement de l'information, c'est-à-dire à un ensemble de processus permettant de transformer un signal sensoriel en une connaissance, et cette connaissance en un comportement. » (Camus, 1996 in Legrain, 2008)

Dans ce système de traitement de l'information, le stimulus douloureux mobilise automatiquement une partie des ressources cognitives du sujet : c'est un mécanisme d'adaptation. Or, cette transformation du stimulus douloureux en percept douloureux peut être modulée par l'attention. De nombreuses études dont celles de Legrain montrent que le fait de porter son **attention** sur un stimulus non-nociceptif réduit le traitement de l'information nociceptive et donc le percept douloureux. L'attention sélective joue un rôle de tri des informations pertinentes. Il s'agit donc d'un moyen de **contrôle top-down** de la douleur. (Legrain, 2008)

Cependant, une étude montre que des patients souffrant de douleurs chroniques ressentent moins de douleurs en se concentrant sur leurs sensations physiques (Hadjistavropoulos et al., 2010 in Villemure & Bushnell, 2002)

Les **émotions** jouent aussi un rôle dans la modulation de la douleur. En effet, être placé dans un environnement source d'émotions désagréables augmente la perception douloureuse. Toutefois, il est difficile de séparer ce qui est de l'ordre de l'attention ou de l'émotion. (Villemure & Bushnell, 2002)

#### 4) Physiopathologie de la douleur chronique

##### a. Un dérèglement multifactoriel

Ce dysfonctionnement des processus de la douleur est quelque peu mis en évidence par la neuro-imagerie. Les mécanismes physiopathologiques du système nociceptif peuvent intervenir à toutes les étapes de transmission de l'information, comme présenté ci-dessous (Lanteri-Minet, 2013) :

▲ Au **niveau périphérique**, la persistance d'une inflammation tissulaire ou d'une lésion peut :

- \* modifier l'activité des nocicepteurs, ce qui se traduit par une diminution des seuils d'activation de la douleur, une augmentation de l'amplitude des réponses et des activités spontanées.
- \* modifier l'activité d'un nerf ou d'une racine nerveuse, ce qui se traduit par des décharges anormales de potentiels d'action qui prennent naissance au niveau des fibres nerveuses. On dit qu'elles sont ectopiques puisque l'origine du message ne provient pas des nocicepteurs. De plus, ces décharges peuvent se propager sur d'autres fibres nerveuses. Cette transmission anormale entre deux axones est appelée éphapse. Ces phénomènes sont rencontrés suite à des lésions post-chirurgicales, dans les douleurs neuropathiques diabétiques, dans les douleurs post-zona, etc.

▲ Au **niveau central**, le dysfonctionnement peut provenir du deutoneurone. Soit par abaissement de son seuil d'activation soit par émission spontanée de potentiels d'action lors d'une stimulation non-nociceptive.

Les lésions médullaires, thalamiques ou corticales provoquent une réorganisation neuronale qui se traduit en phase aiguë par une perte de la sensibilité douloureuse et thermique. A plus long terme, ces pertes sensitives sont paradoxalement accompagnées d'hyperalgie, ce qui est typique des douleurs neuropathiques centrales.

Enfin, la désorganisation peut être cérébrale avec la modification du cortex somatosensoriel primaire.

^ Enfin, la persistance de la douleur peut provenir d'un dysfonctionnement des **systèmes de régulation inhibiteurs**. Cette hypothèse est actuellement proposée pour expliquer la fibromyalgie.

#### b. Autres apports de la neuro-imagerie

Tout d'abord, il faut savoir que la **douleur physique** et la **douleur morale** empruntent des réseaux neuronaux communs, comme l'attestent les deux expériences suivantes.

A qui n'est-il pas arrivé de dire « j'ai mal pour toi » en voyant quelqu'un se blesser ? Des sujets ont été placés dans une IRM fonctionnelle et ont visualisé des images douloureuses (ex : un coup de marteau sur un doigt). Ils ont constaté que les réseaux neuronaux activés étaient les mêmes que ceux impliqués lorsqu'un sujet ressent personnellement une douleur physique, notamment le cortex cingulaire antérieur et l'insula antérieure, responsable de la composante affective de la douleur. (Singer et al., 2004 in Gaillard, 2014)

De même, des sujets placés dans une IRM ont visualisé une scène dans laquelle ils sont exclus, sans raison, d'une partie de football. Cette expérience met aussi en évidence l'activation des voies neuronales de la douleur physique lors d'une situation de ressenti douloureux par exclusion sociale. (Eisenberg, 2006 in Gaillard, 2014)

Ces constats permettent de comprendre l'expérience suivante, apportant des données supplémentaires sur la physiopathologie de la douleur chronique. Une étude a comparé des femmes souffrant de deuil pathologique à des femmes ayant réalisé un deuil non-pathologique. En situation de réactivation émotionnelle de la perte (par évocation de la personne défunte), ils ont constaté une activation des voies neuronales de la douleur physique et morale dans les deux groupes de femmes. Cependant, une activation du nucleus accumbens, structure appartenant au circuit de la récompense, a été constaté seulement chez les femmes souffrant de deuil pathologique. La participation de ce noyau lors d'une ré-activation douloureuse aiguë (physique ou affective) a été montré chez des personnes souffrant de douleurs chroniques. Il est alors possible que les **expériences douloureuses aiguës entretiennent de façon pathologique la douleur chronique**. (O' Connor et al., 2008 in Gaillard, 2014).

Ces expériences mettent en évidence la complexité neuropsychologique du phénomène douloureux et objectivent la part affective et émotionnelle de la douleur intéressant le psychomotricien.

## C) Mécanismes psychologiques

La définition même de la douleur reconnaît l'importance de la **part affective et émotionnelle** dans la perception douloureuse et dans sa modulation. Les mécanismes psycho-comportementaux engagés en cas de douleurs aiguës (repli sur soi, évitement) sont des phénomènes adaptatifs permettant à l'individu de se protéger face à un symptôme. Or, lorsque la douleur persiste, elle devient un véritable **syndrome**. En engageant à la fois les sphères somatiques, psychiques, cognitives et comportementales, elle provoque des bouleversements neuro-psychologiques et comportementaux différents de ceux que l'on retrouve en cas de douleur aiguë. Le sujet doit s'adapter à sa pathologie et la plainte concerne l'individu dans sa globalité. Les éléments présentés dans cette partie ont pour objectif d'aborder le retentissement de la douleur chronique sur le fonctionnement psychique, les mécanismes psychologiques d'entretien et de lutte face à la douleur et les facteurs psychologiques qui amplifient la perception douloureuse.

### 1) Approche de la douleur selon les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

#### a. Le comportementalisme

Le comportementalisme permet de rendre compte de l'apparition d'une douleur ou de son maintien. (Serra & Monestès, 2012)

En 1848, les expériences de Pavlov sur des chiens ont permis de modéliser la notion d'apprentissage répondant (ou **conditionnement classique**). L'association d'un stimulus neutre (un son) à un stimulus « inconditionnel » (la présentation de la nourriture, responsable d'un réflexe de salivation) provoque l'apparition d'une réponse inconditionnelle au stimulus neutre (salivation lors de l'émission du son). Puisqu'il a été associé au stimulus inconditionnel, le stimulus neutre acquiert une fonction (il annonce la nourriture). Cette **association stimulus-réponse** peut être envisagée dans le cadre de la **persistance de la douleur**. La douleur peut accroître seulement par le fait de se retrouver dans le contexte d'apparition de la douleur (penser à réaliser un mouvement qui était douloureux auparavant, retourner sur le lieu de l'accident ayant provoqué la douleur). Ces éléments deviennent alors des stimuli conditionnés.

La conceptualisation de ce phénomène a conduit à la notion de **désensibilisation**

**systématique** décrite par Wolpe, notamment pour le traitement des phobies. Cette théorie repose sur l'opposition d'une réponse conditionnée (la **douleur**) à un stimulus opposé (la **relaxation**). Le sujet est amené à s'exposer à l'objet de sa peur, de son anxiété, en expérimentant une réaction différente de son comportement habituel. Ainsi la thérapie commence par l'apprentissage d'une réponse comportementale inhibitrice de la douleur (la relaxation) qui est ensuite appliquée lors de crises douloureuses. « Progressivement, la réponse de relaxation se généralise et s'automatise, se substituant ainsi à la réponse douloureuse. »

Skinner se distingue de l'apprentissage répondant en ajoutant la notion de renforcement des comportements. Il s'agit du modèle de **l'apprentissage opérant**.

Le **renforcement positif** s'opère quand la probabilité d'apparition d'un comportement augmente suite à l'apparition d'une conséquence agréable à ce comportement. Des prestations sociales ou l'aide de l'entourage, perçues comme bénéfiques par l'individu, jouent alors le rôle de renforcement de la douleur chronique.

Le **renforcement négatif** correspond à l'augmentation de la probabilité d'apparition d'un comportement quand la conséquence désagréable de ce comportement disparaît. Ainsi, le maintien d'une douleur chronique peut alors s'expliquer et être illustré par les situations suivantes : les obligations sociales et familiales sont mises à distance, l'individu bénéficie d'un arrêt de travail lui permettant de s'éloigner d'un contexte professionnel stressant. La présence de douleur provoque alors la disparition d'événements désagréables. Cette conséquence joue le rôle de renforcement négatif de la douleur.

Lorsque la probabilité de reproduction d'un comportement diminue suite à l'apparition d'un stimulus désagréable, on parle d'**affaiblissement positif**. Le patient douloureux chronique évite les mouvements qui lui sont douloureux. Cet évitement est alors généralisé et l'individu réduit ses activités. A contrario, on parle d'**affaiblissement négatif** quand la probabilité de reproduction d'un comportement diminue à cause de la disparition de conséquences positives. Cela peut expliquer le renoncement à des activités bénéfiques à la santé. Si la reprise d'activités autonomes ou la diminution de la douleur engendre une diminution des prestations sociales ou une moindre implication des aidants familiaux, et que le sujet a du mal à s'engager dans ce processus d'autonomie, l'amélioration de son état de santé provoque alors des conséquences qui ne lui sont pas favorables.

## b. Le cognitivisme

Ce courant, apparu dans les années 1950, s'intéresse aux cognitions de l'individu, c'est-à-dire à ses **pensées**, à ses **croyances**, à ses **interprétations**, à sa **perception** des événements. Ce ne sont

plus les comportements qui sont ciblés mais la manière dont le sujet se formule ce qu'il vit. Il s'agit alors de modifier le schéma de pensée de l'individu, notamment les pensées dites dysfonctionnelles (Serra et Monestès, 2012)

En anglais, le terme « coping » signifie « s'ajuster », « faire avec », « s'adapter ». En psychologie cognitive, il correspond à « l'ensemble des **comportements** et **cognitions** qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant en vue de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (Elbeze Rimasson & Gay, 2011) Dans le cadre de la douleur chronique, il s'agit de l'aptitude à **gérer la douleur**, à y **faire face**. Cela implique les croyances de l'individu sur sa pathologie.

A ce titre, les croyances entrent dans ce que Bandura appelle le « **sentiment d'auto-efficacité** ». Il s'agit de la croyance selon laquelle on peut réaliser avec succès un certain comportement ou une tâche dans le futur » (Aguerre, 2012)

On décrit un « **coping** » **positif** lorsque le sujet est **actif**, qu'il arrive à mobiliser des ressources internes face à une situation difficile (réinterprétation de la douleur, distraction, acceptation). On parle de **locus de contrôle interne** ou d'attribution causale interne : le sujet considère que l'amélioration de la situation vient de lui et va de l'avant.

A l'inverse, on décrit un « **coping** » **négatif** quand l'individu considère que l'origine de la situation et les ressources nécessaires pour la gérer viennent de l'extérieur. Ce style cognitif ne permet pas de faire face. Il peut être actif (ergonomie, évitement de nouvelles situations, catastrophisme) ou passif (s'en remettre au hasard, à la médecine). (Serra et Monestès, 2012)

Différents auteurs mettent en évidence le lien entre le **catastrophisme** (« ce que je vis est affreux et j'ai l'impression de que ça n'ira jamais mieux »), les symptômes dépressifs et le handicap fonctionnel lié à la douleur (Roussel et Dosseto, 2012)

Les aspects cognitivo-comportementaux de la douleur chronique permettent de dégager des notions suivantes (Aguerre, 2012) :

- le « contrôle perçu », c'est-à-dire la manière dont un individu pense qu'il peut d'adapter à une situation
- le « soutien social perçu », qui renvoie au sentiment de pouvoir être aidé, indépendamment du réseau social réel
- le « stress objectif », qui correspond aux situations de stress auxquelles est confronté un individu (Lazarus et Folkman, 1984 in Aguerre 2012)
- le « stress perçu », qui correspond à l'interprétation subjective que réalise un individu sur ses



conditions de stress.

Différentes échelles d'évaluation de ces domaines existent et peuvent intéresser le psychomotricien dans sa prise en charge.

### c. Les émotions et la douleur chronique

Les thérapies d'acceptation et d'engagement forment ce qu'on appelle la troisième vague des TCC. Elles s'intéressent aux émotions et à leurs liens avec les cognitions. Différents types de thérapies seront décrites dans la partie « La pleine conscience parmi les TCC », page 35.

Nous allons ici nous focaliser sur les liens entre émotions et douleur chronique. Sans omettre leurs manifestations physiologiques, nous abordons ici les émotions comme facteurs psychologiques **d'entretien de la douleur chronique**. Nous chercherons à les identifier brièvement et à aborder la **régulation émotionnelle**. Les notions et études abordées ci-dessous sont issues de l'article de Elbeze Rimasson & Gay (2011).

Normalement, l'apparition d'une émotion est suivie d'un traitement de cette émotion et de sa disparition. Or, lorsqu'une détresse psychologique persiste, le traitement est incomplet ou dysfonctionnel, ce qui génère ou renforce la douleur chez les personnes souffrant de douleurs chroniques. (Elbeze Rimasson & Gay, 2012)

Face à un patient douloureux chronique, les ressentis de peur et d'anxiété sont fréquents. Or, comment les distinguer ? Pour Norton et Asmundson (2003 in Elbeze Rimasson & Gay, 2011), « la peur et l'anxiété sont deux concepts ayant une signification bien distincte : la **peur** s'apparente à une émotion, caractérisée par une activation du système nerveux sympathique et par la tendance à agir, tandis que l'**anxiété** se rapproche davantage de « l'humeur », suscite une réaction physiologique moindre et un comportement plutôt passif. » Les auteurs rappellent que l'interaction entre peur et anxiété est forte, et que la peur de la douleur est étroitement liée à l'évitement de la douleur.

En plus de l'évitement comportemental de la douleur (lié à la peur), un processus central intéresse le psychomotricien, celui de l'**évitement émotionnel**. Il inclut les notions de **répression émotionnelle** et de **suppression émotionnelle**, qui sont proches mais se distinguent selon les auteurs. La première est définie par Burns (2008, in Elbeze Rimasson & Gay, 2011) comme « un effort actif entrepris pour lutter contre l'activité cognitive et comportementale engendrée par la situation émotionnelle, qui fait l'objet d'une démarche consciente et délibérée. » La seconde renvoie pour Baker et al. à un processus plus automatique et inconscient du traitement de l'émotion

(2010, in Elbeze Rimasson & Gay 2011)

Pour Burns, la répression émotionnelle de la colère provoque une accentuation de la douleur.

VanMiddendorp et al. se sont intéressés à la **suppression de l'expression émotionnelle** et à l'**alexithymie** (difficulté à identifier et à décrire ses émotions). Ils rapportent que ces formes d'évitement émotionnel chez des patientes fibromyalgiques sont corrélées à **une augmentation de la perception douloureuse, de la fatigue, de la détresse psychologique et des affects négatifs** (2008, in Elbeze Rimasson & Gay, 2011).

En revanche, la capacité à **identifier et à exprimer ses émotions** est corrélée à une **intensité moindre des composantes sensori-discriminative et affective de la douleur** (Smith, 2002 in Elbeze Rimasson & Gay, 2011)

Pour Smith (2002, Rimasson & Gay, 2011) les stratégies de **coping centrées sur l'émotion** seraient donc de bons outils de prise en charge de la douleur afin de moduler la perception douloureuse et les affects négatifs.

## 2) Comorbidités psychiatriques

Les patients atteints de douleurs chroniques sont sujets aux troubles psychiatriques. De même, les patients souffrant de troubles psychiatriques sont plus à risque de douleurs chroniques (Gaillard, 2014)

### a. La dépression

La dépression est fréquente chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Elle varie de 30 à 54% selon les études. (Banks & Kerns 1996, in Encyclopedia of pain 2007)

Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur dans le DSM-V sont : (traduction personnelle)

**A.** Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents durant 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur du sujet ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection médicale générale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (exemple : humeur triste, sensation de vide, perte d'espoir) ou observable

(exemple : pleurs). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

**B.** Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**C.** Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C représentent un épisode dépressif majeur.

N.B. : La réaction à une perte significative (exemple : deuil, ruine financière, catastrophe naturelle, pathologie médicale sérieuse) peuvent provoquer un sentiment de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, de l'insomnie, une perte d'appétit, et une perte de poids inclus dans le critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif majeur. Toutefois ces symptômes peuvent être compris ou considérés comme appropriés à la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur s'additionnant aux réactions normales face à une perte doit être considéré avec prudence. Cette décision nécessite un jugement clinique basé sur l'histoire de la personne et des normes culturelles concernant l'expression de la détresse dans un contexte de perte.

**D.** La présence d'un syndrome dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble hallucinatoire ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou d'un trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : cette exclusion n'entre pas en compte si les épisodes maniaques et hypomaniaques sont attribuables à des effets physiologiques ou à une autre affection médicale.

Nous voyons ici que la douleur ne fait pas parti des critères diagnostiques de la dépression, pourtant le symptôme douleur est rapporté dans 55% des cas. (Chaturvedi, 1996 ; Pablo 1990 in Serra, 2003)

Les études présentées dans l'article de Gaillard (2014) rapportent les éléments suivants :

- Suite à un stimulus douloureux aiguë, l'activation cérébrale des patients déprimés est plus importante que les sujets sains. La perception douloureuse est donc accentuée par la dépression.
- 66% d'un échantillon de sujets déprimés rapportent des douleurs chroniques, dont 57% pour qui la douleur était présente avant l'épisode dépressif majeur.
- L'intensité de la douleur serait liée à l'intensité de la dépression.
- Les patients dépressifs ont 3 fois plus de risques de ressentir des douleurs non-neuropathiques et six fois plus de risque de ressentir des douleurs neuropathiques.

Nous pouvons ajouter à ces études les éléments suivants :

- ♣ la dépression et la douleur partagent des symptômes communs (insomnie, les difficultés à penser, ralentissement psychomoteur, sentiment de désespoir et de culpabilité).
- ♣ les liens neurophysiologiques entre douleur et dépression sont notamment mis en évidence par l'utilisation de traitements anti-dépresseurs pour certaines douleurs.

L'attribution d'une cause étiologique est alors difficile et dépend de l'orientation théorique du praticien (psychanalyse, thérapie cognitive, perspective organiciste).

En l'absence de preuve somatique, la tentation d'attribuer les douleurs à une origine psychogène peut alors être grande. Toutefois, Serra met en garde contre ce biais diagnostique. Il recommande un diagnostic psychiatrique positif. (Serra, 2003)

Ainsi, plusieurs cas de figures se présentent : la dépression engendre la douleur, la douleur engendre la dépression, la douleur et la dépression sont des comorbidités.

## b. L'anxiété

Les troubles anxieux sont de 2 à 7 fois plus nombreux chez les douloureux chroniques que dans la population générale. (Tunks et al., 2008)

Lorsqu'elle est liée à une vision pessimiste de la douleur, l'anxiété réduit la capacité de contrôle de la douleur (Hallberg, 1998 ; Mc Cracken, 1999 in Serra, 2003)

Le DSM-V définit le trouble anxieux généralisé de la manière suivante : (traduction personnelle)

**A.** Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension), durant depuis au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel que le travail ou les performances scolaires)

**B.** La personne éprouve des difficultés à contrôler cette préoccupation.

**C.** L'anxiété et l'inquiétude sont associées à 3 (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 mois) :

1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
2. Fatigabilité
3. Difficultés à se concentrer ou trous de mémoire
4. Irritabilité
5. Tension musculaire
6. Perturbations du sommeil (difficultés à s'endormir, sommeil interrompu, agité ou non satisfaisant)

**D.** L'anxiété, l'inquiétude ou les symptômes physiques provoquent une souffrance cliniquement décelable et une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres aspects du fonctionnement de la personne.

**E.** La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (exemple : abus de toxique, traitement médicamenteux), ou à une affection médicale (exemple : hyperthyroïdie)

**F.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique, d'être gêné en public (Phobie Sociale), d'être contaminé (Trouble Obsessionnel Compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (trouble anxiété de séparation), de se remémorer des souvenirs traumatiques (stress post-traumatique), de prendre du poids (anorexie mentale), d'avoir des multiples plaintes somatiques (trouble somatisation), ou d'avoir une maladie grave (hypocondrie), d'avoir une mauvaise perception de son apparence (trouble dysmorphique), ou n'est pas liée à des croyances délirantes (schizophrénie).

### c. Le stress

Le stress est ici envisagé comme comorbidité psychiatrique dans le cas d'un stress post-traumatique. Nous l'aborderons aussi comme un facteur non-psychiatrique intervenant dans l'étiologie et l'aggravation de la douleur.

Il est défini comme une relation entre l'**environnement** et un individu, perçue par cette personne comme dépassant ses ressources et mettant en danger son bien-être (traduction personnelle). (Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, 1986)

Au niveau physiologique, le stress se traduit par une activation du système nerveux sympathique et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui libère du cortisol et de l'adrénaline. Si les modifications métaboliques provoquées à un instant t perdurent dans le temps, le stress devient pathologique.

#### Stress et enfance

Il a été montré que les personnes ayant subi des stress importants durant l'enfance (abus sexuels) rapportent plus de douleurs à l'âge adulte. (Davis et al, 2003 in Radat, 2014)

L'étude de Lee et Stang (2009 in Radat, 2014) montre que les facteurs stress et dépression durant l'enfance sont des facteurs de prédiction indépendants des céphalées fréquentes et sévères.

#### Stress et pathologies douloureuses chroniques

Le stress fait parti des hypothèses étiologiques concernant la **fibromyalgie** (Bodin, 2009).

Les patients souffrant de **migraines** rapportent que le stress est un facteur de déclenchement des crises dans 2/3 des cas. (Radat, 2014)

Diverses études ont rapporté un lien entre le syndrome de stress post-traumatique et les douleurs chroniques. (Radat, 2014)

## D) Pathologies douloureuses chroniques

La liste de pathologies douloureuses chroniques présentée ici n'est pas exhaustive, elle correspond aux syndromes retrouvés dans la partie pratique ou aux syndromes des patientes que j'ai rencontré en stage.

### 1) Céphalée de tension et migraine

La migraine appartient à la catégorie des céphalées. Celle-ci comprend les céphalées de tension qui se manifestent par une pression bilatérale ou en casque. La douleur n'est pas aggravée par l'effort et il y a absence de vomissement et de photophobie/phonophobie. (Collège des

enseignants de neurologie, 2015)

Les céphalées comprennent aussi les migraines. Le diagnostic de migraine sans aura repose sur les symptômes suivants selon l' IHS (International Headache Society) :

Au moins 5 crises céphalalgiques durant chacune de 4 à 72 heures avec au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes :

- ▲ « Topographie unilatérale (le mot « migraine » vient de « hémicrânie »)
- ▲ Pulsatilité (la douleur est battante comme le pouls)
- ▲ Intensité modérée à sévère, gênant ou empêchant les activités quotidiennes
- ▲ Aggravation par la marche ou toute autre activité physique habituelle

Durant la céphalée, au moins un des deux symptômes suivants survient :

- ▲ Photophobie et phonophobie
- ▲ Nausées et/ou vomissements

De sorte que le malade, dans les cas typiques, raconte qu 'il doit interrompre ses activités et s'allonger dans l'obscurité, à l'abri du bruit. »

Elle toucherait 20% de la population. Un des facteurs déclenchant identifié est le stress, qui est aussi reconnu comme facteur de chronicisation de la douleur. (Radat, 2012)

Le traitement médicamenteux de la crise migraineuse repose sur la prise d'antalgiques de niveau 1 ou sur de vasoconstricteurs puissants, si échec des antalgiques classiques. Les antalgiques opioïdes sont déconseillés. Des traitements de fond peuvent être proposés pour réduire la fréquence de survenue des crises mais n'empêche pas leur apparition. (Eureka Santé, 2015)

## 2) L'algodystrophie

L'algodystrophie est une affection qui touche les **articulations**. Elle se traduit par des douleurs, par des fourmillements, par des modifications de l'aspect et de la vascularisation cutanés, par une perte de mobilité, une diminution de la densité osseuse, etc. Elle est classiquement caractérisée par une phase chaude avec un œdème, des rougeurs, des hypersudations puis par une phase froide avec résorption de l'œdème, une température de la peau basse et une rétraction des tendons et des muscles.

Elle survient le plus souvent après une luxation ou une entorse ou après une opération chirurgicale mais peut avoir d'autres étiologies. Le diagnostic est clinique et peut être confirmé par une scintigraphie osseuse.

L'algodystrophie peut mettre plusieurs mois voir plusieurs années avant de disparaître. Elle est accentuée par le mouvement et les réactions émotionnelles.

Hormis un traitement médicamenteux, plusieurs stratégies thérapeutiques sont possibles :

orthèse, kinésithérapie, rééducation fonctionnelle, injection par un anesthésiste, relaxation, etc.

Elle porte aussi le nom de Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC). On distingue le SDRC de type 1 lié à un traumatisme de l'appareil locomoteur, du type 2 lié à une lésion neurologique.

### 3) La fibromyalgie

Les données épidémiologiques varient entre 1,3 et 20% de la population affectée selon la Société Française de Rhumatologie. Cette pathologie touche principalement les femmes après 40 ans, mais peut être retrouvée chez les hommes et les enfants. Elle se caractérise par des **douleurs diffuses dans les muscles, tendons, ligaments et articulations**. Les articulations sont enraidies le matin. Ces douleurs sont fluctuantes et généralisées à l'ensemble du corps. Le diagnostic de fibromyalgie est réalisé par un rhumatologue qui exerce des pressions du pouce sur 18 points du corps établis par l'American College of Rheumatology (Annexe 13). On parle de fibromyalgie lorsque 18 d'entre eux sont douloureux. Il faut avoir éliminé toute pathologie somatique (rhumatisme, pathologie neurologique, pathologie hormonale, syndrome de fatigue chronique, etc) ou psychologique (état dépressif isolé, choc émotionnel, etc) pour évoquer un diagnostic de fibromyalgie. C'est pourquoi le diagnostic est souvent long à être posé.

Deux autres symptômes majeurs sont associés à la douleur : une **asthénie constante et des troubles du sommeil**. De plus, selon Bodin (2009) et la Société Française de Rhumatologie (2015), des troubles anxieux, dépressifs et digestifs sont souvent associés. Les patients évoquent aussi fréquemment des troubles de la mémoire et de la concentration.

L'hypothèse étiologique la plus reconnue actuellement est celle d'une désorganisation centrale de la modulation de l'information douloureuse. Le seuil de la douleur serait abaissé.

Les symptômes sont aggravés par « le stress, le bruit, les levers matinaux tardifs, les grosses chaleurs, les variations importantes de température, les efforts physiques exagérés, [...] » (Bodin, 2009)

La Société Française de rhumatologie préconise un maintien de l'emploi et un entraînement à l'effort.



## E) Prise en charge de la douleur chronique

### 1) Traitements pharmacologiques

Le traitement médicamenteux de la douleur dépend du type de douleur, de son intensité ainsi que des contre-indications inhérentes à chaque traitement par rapport au profil du patient.

Les **douleurs par excès de nociception** répondent aux traitements suivants :

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les effets secondaires pouvant affecter la psychomotricité du patient sont des troubles neurosensoriels (bourdonnements d'oreilles, vertiges, céphalées).
- Les antalgiques de pallier 1 pour des douleurs de faible intensité (antalgiques non-opiodes comme le PARACETAMOL ou l' ACIDE ACETYLSALICYLIQUE),
- Les antalgiques de pallier 2 pour des douleurs modérées à sévères (antalgiques opioïdes faibles comme la CODEINE ou le TRAMADOL CHLORHYDRATE)
- Les antalgiques de pallier 3 pour des douleurs malignes ou en suivant les recommandations de Limoges (opioïdes forts comme la MORPHINE). Les effets secondaires pouvant affecter la psychomotricité du patient la sédation, des confusions et hallucinations.

Pour les **douleurs neuropathiques** les traitements de première intention sont les antidépresseurs tricycliques, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Les principaux effets secondaires intéressant le psychomotricien sont la somnolence, les vertiges, les tremblements des extrémités. Des antiépileptiques peuvent aussi être prescrits.

Néanmoins, les traitements médicamenteux ne suffisent généralement pas face à la complexité de la douleur chronique.

### 2) Traitements non-médicamenteux

La part non-médicamenteuse de la prise en charge de la douleur chronique est essentielle. Différents champs peuvent être impliqués : la kinésithérapie, l'ostéopathie, les soins infirmiers, un suivi psychologique ou psychiatrique, des stimulations thermiques, la neuro-stimulation électrique transcutanée (NTC ou TENS), l'ergothérapie, etc. La psychomotricité se profile comme une stratégie thérapeutique complémentaire.

### 3) Éducation thérapeutique

Définie comme une des compétences du psychomotricien (Ministère de la Santé et des Sports, 2010), l'Éducation Thérapeutique (ETP) est formalisée par l' HAS par des protocoles précis. Selon la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » de 2009 (HPST), « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus **autonome** en facilitant son **adhésion aux traitements** prescrits et en améliorant sa **qualité de vie**». Tout professionnel peut proposer un programme d' ETP s'il possède un diplôme officiel validé par la Haute Autorité de Santé. Chaque programme doit être réalisé par deux professionnels de santé, de professions différentes et coordonné par un médecin. Un programme doit être structuré et formalisé selon les directives de la loi HPST et évaluée grâce aux grilles fournies par l' HAS. C'est l'Agence Régionale de Santé qui autorise la mise en place du programme. (Satger & Blaise, 2011)

Les grandes étapes de l'ETP sont les suivantes : la réalisation d'un diagnostic éducatif, la négociation d'objectifs personnalisés, la mise en œuvre d'une démarche éducative adaptée, et l'évaluation des acquis du patient au terme de la session.

dans le souci de proposer une approche de soins cohérente avec la problématique du patient douloureux chronique, l'article de Palmaricciotti et al (2011) propose le modèle de Pourtois et Desmet (1997) appelé « **Paradigme des 12 besoins** ».

Ce modèle se propose de répondre aux questions suivantes : de quoi le patient a-t-il besoin pour se motiver à se prendre en charge ? Est-ce que la prise en charge proposée répond aux besoins du patient ? Permet-elle au patient de devenir **actif** dans la gestion de sa douleur sur le long-terme ? Quatre axes sont distingués : le domaine affectif (besoins d'affiliation), cognitifs (besoins d'accomplissement), sociaux (besoins d'autonomie sociale) et idéologiques (besoins de valeurs).

Ce modèle rappelle l'importance de la notion de **motivation** et de **prise en charge globale** du patient douloureux chronique.

## F / Douleur chronique et fonctionnement psychomoteur

### 1) La douleur, un trouble psychomoteur ?

Selon Corraze (1981, 1999, 2010 in Albaret, 2011), les troubles psychomoteurs se définissent comme :

- « des troubles perceptivo-moteurs qui affectent les fonctions d'exploration (aspects perceptifs), d'action (sur le milieu physique) et de communication (notamment dans ses

aspects non-verbaux) »

- « ils se manifestent par des signes neurologiques doux qui signent l'existence d'un dysfonctionnement cérébral a minima »
- « ils sont associés à un complexe psychopathologique, comportant des facteurs émotionnels pouvant aller jusqu'à un véritable trouble psychiatrique qui soulève la question des comorbidités. Il convient de rajouter à cet ensemble une pluralité étiologique qui exigera une analyse des différentes dimensions (biologique, organique, écologique, intentionnelle ou téléologique).

Illustrons comment la douleur chronique et ses conséquences entrent en partie dans cette définition.

La **perception** douloureuse peut engendrer de la kinésiophobie (développée ci-après). Par la peur du mouvement et l'anticipation de la douleur, le sujet réduit ses **comportements exploratoires** (j'ai peur d'avoir mal à la main en la mobilisant alors je l'utilise moins pour attraper des objets). Par conséquent, la motricité est réduite, l'**action sur le milieu** est restreinte (j'ai arrêté la couture, dorénavant je n'utilise cette main que pour les besoins de la vie quotidienne). L'individu peut alors entrer rapidement dans une **économie d'action du mouvement**.

La perception douloureuse peut aussi se traduire dans l'action par une **inhibition psychomotrice** en cas de douleurs intenses ou au contraire une tendance à l'**ergomanie** lorsque la douleur est faible.

De plus, les **manifestations non-verbales** de la douleur telles qu'un changement régulier de posture, des grimaces ou un besoin d'isolement, peuvent avoir une valeur de **communication** avec autrui, et par conséquent retentir sur les relations inter-personnelles.

Lorsque la douleur est neuropathique, nous ne pouvons pas parler de signe neurologique doux puisque une atteinte neurologique est avérée. Toutefois, nous pouvons noter que l'hyperalgésie et les autres troubles sensoriels affectent le **versant perceptif de la motricité**. Par exemple, la prise d'information sensorielle est diminuée par l'hypoesthésie que l'on retrouve fréquemment au niveau d'un dermatome affecté. Située au niveau de la main, l'hypoesthésie réduit la capacité à discriminer des objets (stéréognosie). Cette incapacité réduit les capacités d'action de l'individu sur le milieu (je ne sens plus le stylo que j'ai dans la main alors je n'écris plus).

Enfin, nous avons vu que la douleur chronique affecte le **fonctionnement cognitif et**

**émotionnel** de l'individu et qu'elle s'associe fréquemment avec des troubles anxieux ou une dépression.

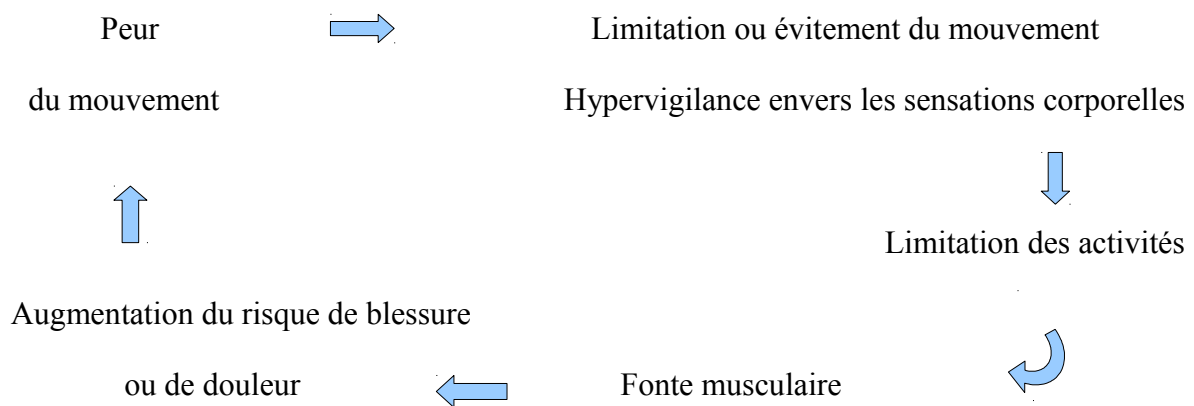
## 2) Le fonctionnement cognitif et émotionnel

Sans le redéfinir, rappelons ici l'impact cognitivo-émotionnel de la douleur abordé dans la partie « Mécanismes psychologiques » page 11 et suivantes.

Nous évoquerons alors les éléments supplémentaires intéressant le psychomotricien.

### a. La kinésiophobie

La kinésiophobie se définit comme la crainte de se mouvoir par peur de se blesser ou de réactiver des sensations douloureuses. Nous pouvons schématiser de la manière suivante les conséquences vicieuses de la kinésiophobie : (Serra & Monestès, 2012)



Nous percevons alors que ce cercle vicieux interfère sur les activités de la vie quotidienne (la personne cuisine moins), sur les relations familiales et amicales (elle ne participe plus aux sorties habituelles), sur la sphère professionnelle (elle réduit son activité professionnelle).

### b. Les réactions tonico-émotionnelles

Hormis le traitement cognitif des émotions, le psychomotricien s'intéresse aussi à leurs manifestations physiologiques. Les **réactions toniques** induites par les émotions peuvent affecter la **perception douloureuse**. Il a été montré que la colère provoque un état de tension musculaire qui renforce l'intensité des douleurs lombaires. (Burns, 2006 in Rimasson & Gay, 2011)

### c. La prise de décision

L'étude de Apkarian et al (2002, in Moroni et Laurent, 2006) propose une tâche dans laquelle les sujets doivent réaliser des choix afin d'obtenir un gain immédiat ou un gain différé plus important. Les sujets douloureux chroniques montrent une plus grande difficulté à adopter des stratégies de **choix** leur permettant d'obtenir un gain plus important. De plus, les stratégies qu'ils emploient se sont avérées aléatoires. Les auteurs concluent que les capacités cognitives des sujets douloureux chroniques en situation émotionnelle sont altérées par rapport aux sujets sains.

## 3) Zoom sur les fonctions supérieures

McCracken et al. ont interrogé 275 patients dont 54 % rapportaient une plainte cognitive. Cette plainte concernait préférentiellement les capacités mnésiques puisque 23,4 % de ces sujets se plaignaient d'un oubli, 20,5 % de difficultés pour finir une tâche en cours et 18,7 % de difficultés attentionnelles. (2001, in Moroni & Laurent, 2006)

### a. L'attention

Grisart et Plaghki ont comparé la performance de sujets douloureux chroniques et de sujets sains au test de Stroop (1999, in Moroni & Laurent, 2006). Ils ont constaté de moins bons résultats chez les sujets douloureux chroniques. L'étude de Eccleston et all. met en évidence les mêmes résultats sur une tâche de même type que le test de Stroop (1997, in Moroni & Laurent 2006). Les deux expériences rapportent une **corrélacion entre l'intensité de la douleur et les capacités d'attention sélective et d'inhibition de réponse automatique**. Les auteurs concluent que la présence de douleur capture une partie des ressources attentionnelles disponibles, d'autant plus lorsqu'elle est intense.

L'article de Legrain (2008) confirme ce lien entre nociception et ressources attentionnelles. Le stimulus douloureux prend automatiquement place au sein des processus d'orientation de l'attention : c'est un mécanisme adaptatif. Face à deux informations (la douleur + une autre tâche), la distribution de l'attention se répartie en fonction de la place que prend chaque information dans le traitement cognitif. Si l'information douloureuse est prédominante, le traitement de la seconde information sera moins efficace ou demandera de plus gros efforts cognitifs pour maintenir un niveau d'efficacité.

### b. La mémoire

L'expérience de Grisart sur les tâches de mémoire à court terme met en évidence un déficit

de la mémoire de rappel chez des patients douloureux chroniques (2002, in Moroni et Laurent). Cependant, les moindres performances observées ne le sont que lorsqu'il s'agit d'une tâche dite de « processus contrôlé », c'est-à-dire quand l'encodage est intentionnel, et qu'il a mobilisé des ressources attentionnelles. Lors d'une tâche de rappel dite de « processus automatique », c'est-à-dire n'ayant pas requis de ressources attentionnelles préalables, les sujets douloureux chroniques ne montrent pas de difficultés. **Le déficit mnésique est alors attribué au déficit attentionnel.**

#### c. Les distorsions cognitives

Plusieurs expériences dont celles de Portzelius et al. (1995, in Moroni & Laurent, 2006) ont montré que le stockage et le rappel d'un souvenir douloureux fait régulièrement l'objet de distorsion cognitive. La mémorisation de la douleur est un phénomène complexe qui en plus d'intégrer différentes composantes (sensori-discriminative, émotionnelle) dépend aussi du contexte dans lequel l'encodage et le rappel se réalisent, ainsi que de la persistance de la douleur. Les distorsions cognitives se traduisent par une **sur-estimation** ou une **sous-estimation de la douleur**.

#### d. La flexibilité mentale

Elle est définie comme capacité à s'adapter aux changements de manière comportementale et cognitive. Mesurée par le Trail Making Test auprès de patients de plus de 60 ans, les capacités des sujets douloureux chroniques non-déments sont altérées. De plus, les moindres capacités de flexibilité mentale sont corrélées à l'intensité de la douleur. (Karp et al, 2006)

### - Conclusion sur la douleur chronique -

**Proposant une prise en charge non-médicamenteuse de la douleur chronique, le psychomotricien se doit de connaître les différentes composantes de la douleur, ses étiologies, sa sémiologie et les différentes stratégies thérapeutiques possibles. Les répercussions de la douleur sur le fonctionnement bio-psycho-social et psychomoteur de l'individu permettent d'orienter son projet de soin. Les éléments abordés jusqu'à présent ont tenté d'apporter une base théorique à relier au profil du patient et à son environnement.**

**Orientons nous maintenant sur l'intérêt d'un un des outils de prise en charge dont peut disposer le psychomotricien : la pleine conscience.**

# DEUXIEME PARTIE : LA PLEINE CONSCIENCE

## A) Généralités

### 1) Historique

Parmi les différentes pratiques de méditations, on en distingue deux types : la méditation de concentration, dite transcendantale, où toute l'activité mentale se focalise sur un seul stimulus et ne se laisse pas distraire par d'autres stimuli, et la méditation de pleine conscience, où le sujet observe avec détachement tous les événements physiques et mentaux qu'il perçoit et sans interprétation. (Kabat-Zinn, 1982)

La pleine conscience, dite « Mindfulness » en anglais, est une pratique issue de la culture philosophique et spirituelle orientale, et plus particulièrement des différentes branches du bouddhisme (Bondolfi, Jermann, Zermatten, 2011).

Cette tradition millénaire a été introduite de façon laïque dans le milieu médical dans les années 70 par le Docteur John Kabat-Zinn, médecin américain influencé par le bouddhisme et le yoga. Il a créé la clinique du stress en 1979 dans laquelle la pleine conscience a été enseignée à des patients souffrant de divers maux. La pratique de la pleine conscience n'a alors « rien à voir avec l'enseignement du bouddhisme en soi ou avec la démarche de devenir bouddhiste » (Kabat-Zinn, 2012), mais se présente comme une stratégie thérapeutique. Aujourd'hui très en vogue, elle fait l'objet de nombreuses recherches et théorisations que nous évoquerons plus tard.

### 2) Définition

Kabat-Zinn définit la pleine conscience comme une manière de « **porter son attention d'une manière particulière, délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur** ».

Chaque terme tient ici une place importante : « délibérément » renvoie à la *volonté* du sujet, qui est conscient et acteur de la manière dont il oriente son attention. L'*attention* est portée sur un ou plusieurs stimuli : les données sensori-motrices et intéroceptives (sensations corporelles), les cognitions (pensées), les processus émotionnels, les stimulus environnementaux (sons).

Seule l'expérience du *moment présent* compte : le stimulus est observé tel qu'il est au moment où le sujet y apporte son attention (j'observe que mes pensées sont agitées en ce moment précis). Cependant il ne s'agit pas de chercher à modifier son vécu, mais d'observer avec curiosité l'évolution des phénomènes tels qu'ils sont dans le présent.

Enfin, la notion de *non-jugement* est une valeur fondamentale de la pleine conscience. Cette attitude vise à se positionner comme « témoin impartial de notre expérience » (Kabat-Zinn, 2012),

autrement dit à ne pas juger ce que nous sommes en train de vivre. Juger s'entend ici comme le fait d'attribuer une *valeur* à un fait, à une pensée, à une action, à une sensation. En effet, nous avons tendance à catégoriser nos expériences comme bonnes ou mauvaises, désirables ou pas, significantes ou insignifiantes, à identifier ce que nous apprécions et ce que nous n'apprécions pas. La pleine conscience cherche alors à dépasser ces *jugements automatiques*. Non pas en les supprimant, mais d'abord par le fait de les observer (prendre conscience qu'en s'exerçant à attirer l'attention sur ma respiration, je suis en train de me dire « je suis nul je n'y arrive pas »).

Toutes les facettes de l'expérience présente sont explorées, « quelle qu'en soit a priori la valence émotionnelle ». (Hayes in Herren & Philippot, 2009)

### 3) Attitudes de la pleine conscience

Sept attitudes fondent la pratique de la pleine conscience (Kabat-Zinn, 2012) :

- le **non-jugement**, défini plus haut
- la **patience**, comme capacité à comprendre et à accepter le fait que « les choses doivent se déployer à leur rythme »
- l'**esprit du débutant**, comme capacité à se sentir libre de ses attentes, d'être réceptif à de nouvelles possibilités, sans être « pris dans l'ornière de ses propres expertises »
- la **confiance**, comme aptitude à attribuer de la valeur à son ressenti personnel, à ses intuitions, plutôt qu'à des données extérieures
- le **non-effort**, comme un état d'être qui ne tend pas à obtenir quelque chose (un moment de relaxation, une réduction de la douleur) mais à simplement être soi-même dans l'instant présent
- le **lâcher-prise**, comme capacité à ne pas s'attacher à nos expériences intérieures (essayer de prolonger des émotions agréables ou se débarrasser de pensées effrayantes), à se détacher de l'emprise de nos pensées
- l'**acceptation**, définie ci-dessous

### 4) Ouverture à l'expérience et acceptation

Guidé par une tierce personne ou pratiquant de manière autonome, un méditant oriente volontairement son attention sur divers stimuli. Néanmoins il est tenu de rester ouvert à tout ce qui constitue l'expérience présente avec curiosité et sans chercher à la modifier (observer la nature des pensées qui arrivent à la conscience et capturent le focus attentionnel). Rester ouvert signifie donc percevoir et accepter ce qui advient réellement (je ressens une sensation désagréable sous le pied, j'accepte de le ressentir à ce moment là). L'acceptation est alors un processus actif. Cependant, cela



ne signifie pas qu'il faut adopter une « attitude passive », ni abandonner ces « principes et valeurs », ni se résigner mais « voir les choses telles qu'elles sont ». (Kabat-Zinn, 2012)

## 5) Une expérience d'ordre méta-cognitive

La pleine conscience favorise une auto-observation des processus cognitifs et émotionnels et une décentration par rapport à ceux-ci. Cette capacité à se détacher de ses propres expériences est de l'ordre de la méta-cognition. (Shapiro, 2006) Autrement dit, une cognition sur la cognition, où le contenu de l'activité mentale concerne l'activité mentale elle-même. Le sujet prend alors conscience du phénomène de pilote automatique, autrement dit de tout ce qui est pensé et agit sans y prêter attention.

## B/ La pleine conscience et les douleurs chroniques

### 1) La pleine conscience parmi les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

a. Historique et programmes thérapeutiques basés sur la pleine conscience (pleine conscience)

La méditation de pleine conscience s'inscrit dans la troisième vague des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) qui repose « avant tout sur la reconnaissance et l'acceptation des émotions » (Hayes in Heeren & Philippot, 2009). Les deux types de thérapies présentées ci-dessous sont basées sur la pleine conscience.

L'**ACT** (Acceptance Commitment Therapy) ou Thérapie d'Acceptation et d'Engagement, créée dans les années 80 par Hayes, est basée sur l'apprentissage relationnel. Elle s'intéresse beaucoup à l'intelligence verbale, à l'acceptation de ce que vit l'individu, à l'engagement de l'individu dans sa prise en charge et dans des actions qui ont de la valeur à ses yeux.

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (**MBCT**, « Mindfulness Based Cognitive Therapy ») utilise la pratique de la méditation en vue de réduire les rechutes dépressives. Elle comprend des temps de psychoéducation sur la dépression et apprend aux patients à prendre de la distance vis-a-vis de leurs patterns de pensées négatives, considérés comme facteur de rechute dans la maladie. (Segal, Teasdale & Williams, 2002 in Heeren & Philippot, 2009)

La thérapie basée sur la réduction du stress (**MBSR**, Mindfulness Based Stress Reduction) est fréquemment citée dans la littérature. Elle a été créée par le Dr Kabat-Zinn dans les années 80 et

proposée à des individus souffrant de douleurs chroniques. Ce programme est structuré en 8 séances hebdomadaires de 2h à 2h30 de pratique de la méditation en groupe. Les individus sont invités à se focaliser sur ce qu'ils vivent au moment présent et à échanger sur leurs expériences.

« En ce sens, tout discours intellectualisant ou d'abstraction est évité » (Heeren & Philippot, 2009).

Chaque séance propose un nouvel exercice à pratiquer quotidiennement (6 jours sur 7) à domicile à l'aide d'enregistrements vocaux. Les **exercices dits « formels »** consistent au départ à focaliser l'attention sur un stimulus (les sensations à un endroit du corps en particulier, ou la respiration) et à revenir sur l'objet de l'attention après avoir pris conscience d'un distracteur. Puis l'attention s'élargit en incluant les sons, les pensées, les émotions. Des **exercices « informels »** sont proposées pour être intégrés dans le quotidien : manger en pleine conscience, marcher en pleine conscience. Le programme comprend aussi des exercices de yoga à réaliser en pleine conscience.

Selon Kabat-Zinn (1982), l'efficacité du programme repose sur divers éléments : le format de groupe (favorisant la motivation et l'éducation thérapeutique), l'attente de soulagement (maximisant l'effet placebo), une attitude de non-effort (réduisant l'anxiété de performance), le développement de la responsabilité individuelle, un niveau d'exigences élevé (favorisant la satisfaction d'avoir réussi à pratiquer régulièrement), l'utilisation de matériel didactique, la diversité des techniques proposées, la durée limitée du programme, et une perspective à long terme (le programme étant présenté comme une première étape d'amélioration de la santé), la possibilité d'un programme avancé pour ceux qui le souhaitent.

#### b. La particularité de la pleine conscience

Il existe des **points communs** entre les TCC et la pleine conscience. Les deux types de thérapies se caractérisent par des durées brèves, par des protocoles clairs et opérationnels. Comme le suggère Baer (2003), elles reposent sur l'auto-observation, l'exposition à ses processus internes et aboutissent un changement cognitif. De plus, elle considère l'individu dans son fonctionnement actuel, sur ce qui entretient de la persistance du problème.

Toutefois, thérapies cognitives et la pleine conscience se distinguent sur différents points. D'après Heeren & Philippot (2009), lors d'une thérapie de type cognitive, les attentes du patient sont explicitées et font l'objet d'objectifs thérapeutiques, qui sont régulièrement ré-évalués. Or, dans la pratique de la pleine conscience, on ne cherche pas à atteindre un **but** particulier, à provoquer un changement, mais seulement à être conscient de l'instant présent. Si des processus de changement commun s'opèrent, la démarche n'est toutefois pas la même.

De plus, les thérapies cognitives visent à modifier le **contenu des cognitions**, notamment des pensées irrationnelles. Les approches de type pleine conscience visent à observer les pensées comme des phénomènes transitoires qui ne reflètent pas la réalité. La pleine conscience prône une

acceptation et un changement de l'attitude du sujet par rapport à ses processus cognitifs, mais non un changement du contenu des pensées. C'est en cela que Kabat-Zinn (2012) envisage la pleine conscience à la fois une **stratégie de coping basée sur l'émotion** (observer, accueillir ses émotions et les pensées qui y sont liées) mais aussi une **stratégie de coping centré sur le problème** (essayer de percevoir le problème dans sa totalité, indépendamment des émotions ressenties, réaliser consciemment une action, ou au contraire décider consciemment de ne rien faire).

Enfin, toujours d'après Heeren & Philippot (2009), la relation patient-thérapeute est plus égalitaire en pratique de la pleine conscience car le thérapeute effectue les exercices en même temps que le groupe. Il ne se situe pas dans une position de savoir hiérarchisée comme lors de TCC classiques.

<b>Pratique thérapeutique d'orientation cognitive</b>	<b>Pratique méditative de l'attention consciente</b>
Se concentrer sur les pensées et ignorer le corps	Porter une attention au corps et à ses liens avec les processus de l'esprit
S'accrocher aux pensées et tenter de fournir une explication rationnelle à leur nature Changer les pensées jugées inadéquates	Laisser émerger les pensées sans jugement et les laisser disparaître accepter toutes les pensées qui naissent
S'identifier à son histoire passée et tenter de contrôler le futur	Se concentrer sur le moment présent
Vouloir faire disparaître toute souffrance	Accepter la souffrance comme faisant partie de la vie

Tableau extrait de l'article *Pourquoi aller chercher ailleurs* de A. Devault (2012)

## 2) Études sur les effets thérapeutiques de la pleine conscience

Afin de mesurer l'efficacité d'une méthode sur un paramètre, il faut regarder la moyenne de la taille de l'effet. Inférieure à 0,20, elle est considérée comme faible. A partir de 0,50, elle est considérée comme moyenne, et haute au-delà de 0,80. (Cohen, 1977 in Baer, 2003)

En 1982, Kabat-Zinn relate les premiers résultats de la pleine conscience auprès de patients souffrant de douleurs chroniques. Cinquante et une personnes ont participé au programme (MBSR) sur une durée de 10 semaines. Les 40 personnes ayant rempli le Pain Rating Index avant et après les 10 semaines rapportent 41% à 51% de soulagement de leurs douleurs.

En 2003, Baer réalise une méta-analyse portant sur 21 études comprenant au total 1435

individus. Elles incluent des patients souffrant de douleurs chroniques, de troubles psychiatriques, des pathologies somatiques et des populations non-cliniques. Toutes n'ont pas de groupe contrôle. Elles évaluent l'efficacité du programme MBSR à court-terme et parfois à plus long terme (plusieurs années après). La taille de l'effet sur la **douleur chronique** est de **0,31**, de **0,70 sur l'anxiété**, de **0,86 sur la dépression**, de **0,63 sur le stress**.

Dans son article, Baer suggère que les programmes MBSR et MBCT correspondent aux critères de « **traitement probablement efficace** » tels qu'ils sont définis par l'American Psychological Association (1995).

En 2004, Grossman réalise une méta-analyse sur les effets du MBSR sur la santé. Elle comprend 20 études, ce qui correspond à 1600 sujets. Tous ont participé au programme MBSR en groupe, à raison de 2 heures et demi par semaine sur 6 à 12 semaines. Les patients cliniques (souffrant de douleurs chroniques, de cancers, de dépression, d'anxiété, de problèmes cardiaques, etc) ont été comparés à des populations non-cliniques. De multiples échelles ont été utilisées et les résultats sont classifiés en 2 pôles : la santé mentale (mesure de l'anxiété, du coping, de la composante affective de la douleur, etc) et la santé physique (symptômes médicaux, qualité de vie fonctionnelle, aspect sensori-discriminatif de la douleur, etc). La taille de l'effet est de **0,50** (0,43-0,56) **pour la santé mentale**, et de **0,42** (0,34-0,50) pour la **santé physique** ( $p < ,0001$ ).

L'article rapporte que des études de meilleurs qualités ont montré des résultats statistiquement significatifs sur le stress psychologique, la dépression et la douleur.

Cependant, les résultats de cette méta-analyse sont à nuancer de part les biais méthodologiques inhérents aux études sélectionnées.

En 2011, Veehof et al. publient une méta-analyse sur l'effet des programmes MBSR, MBCT et des thérapies ACT des patients souffrant de douleurs chroniques. Ils sélectionnent 22 études portant sur 1235 patients. Les résultats sont les suivants :

	Tout type d'études	Études randomisées contrôlées
Douleurs chroniques	0.43 [0.22–0.64] (P < .01)	0.25 [0.01–0.49] (P = .04)
Anxiété	0.69 [0.51–0.88] (P < .01)	0.55 [0.09–1.18] (P = .09)
Dépression	0.69 [0.47–0.92] (P < .01)	0.26 [0.05–0.47] (P = .02)
Types de douleurs		
Douleurs chroniques	0.49 [0.19–0.79] (P = .43)	
Fibromyalgie	0.34 [0.07–0.61]	
Douleur localisée	0.49 [0.06–0.92]	
Arthrose	0,09 [-0.32–0.50]	

Nous voyons donc que l'efficacité de la pleine conscience sur les douleurs chroniques est faible à moyenne, et qu'elle dépend du type de douleurs. Elle est aussi faible à moyenne sur la dépression et moyenne sur l'anxiété.

Toutes ces études comportent des **biais méthodologiques** ; les auteurs appellent à la poursuite de recherches de meilleures qualités.

### 3) Modèles explicatifs des processus de changement

Divers modèles proposent une explication théorique des bénéfices que l'on peut tirer de la pratique de la méditation de pleine conscience.

#### a. Modèle de Baer (2003)

Le modèle s'articule autour de 5 axes :

– L'**exposition** : le sujet observe ses pensées, ses émotions, ses sensations sans chercher à les modifier. Le patient souffrant de douleurs chroniques est invité à explorer ses sensations douloureuses sans tenter de les éviter, sans bouger. Pour Kabat-Zinn (1982) s'exposer aux sensations douloureuses constituerait une forme de *désensibilisation* vis-à-vis des cognitions et émotions conditionnées.

– Les **changements cognitifs** : la pleine conscience amène le sujet à réaliser que *les pensées ne sont « que des pensées »*, qu'elles ne représentent pas toujours une valeur de vérité ou de représentation de la réalité, et qu'elles n'ont pas besoin d'être évitées.

La pleine conscience permet d'identifier les pensées ruminatives responsables des rechutes dépressives et de focaliser l'attention sur un autre aspect du moment présent (la respiration, un son). De plus, Heeren & Philippot (2009) constatent une meilleure capacité à récupérer des souvenirs autobiographiques, une amélioration des processus exécutifs d'inhibition et de *flexibilité cognitive*, une meilleure capacité à générer des pensées flexibles, une réduction des pensées abstraites et générales.

– La **gestion de soi** : une amélioration de la variété des réponses de *coping* est observée, ainsi qu'une meilleure reconnaissance des signes avant-coureurs d'une difficulté psychologique, ce qui permettrait de mettre en place plus rapidement des réponses de prévention. Linehan (1993) suggère que l'auto-observation permet la reconnaissance des conséquences d'un comportement plutôt que des jugements sur soi, ce qui favorise la réduction de comportements impulsifs et non-adaptés. La pleine conscience permettrait une meilleure capacité d'attention, notamment dans la capacité à ne pas se laisser perturber par des distracteurs. « Enfin, l'exigence de devoir libérer 45 minutes quotidiennes en vue de réaliser les exercices entraîne une réorganisation, amenant l'individu à

observer les buts et valeurs qui déterminent les actions au quotidien, facteurs d'importance dans la gestion de soi. » (Heeren et Philippot, 2009)

– La **relaxation** : la pleine conscience ne vise à pas provoquer un état de relaxation ou d'atteindre un état particulier, si ce n'est celui d'être attentif au moment présent. Toutefois une réponse de type relaxation est observée.

– L'**acceptation** : Accepter un fait (être sujet à des attaques de paniques) conduirait à une meilleure appréhension d'un phénomène, alors que la non-acceptation provoquerait des comportements non-adaptés (anxiété excessive, évitement d'activité, abus de substances). La pleine conscience accorde une place importante à l'acceptation des émotions telles qu'elles sont, ce qui permettrait de réduire la *souffrance émotionnelle*. (Heeren, 2009)

#### b. Modèle de Shapiro, Carlson, Astin & Freedman (2006)

Ce modèle est basé sur 3 axiomes :

– L'**intention** : l'intention de pratiquer et les raisons de cette intention guident l'individu vers ce qu'il veut obtenir. Shapiro a constaté une corrélation entre la nature de l'intention et les résultats obtenus. Cette intention est dynamique. Elle évolue et de nouvelles intentions peuvent apparaître au cours de la pratique. Pour Kabat-Zinn (in Shapiro , 2006), « les intentions déterminent ce qui est possible » (traduction personnelle).

– L'**attention** : elle est au cœur de la pratique de la pleine conscience par l'observation des phénomènes internes et externes du moment présent. Pour Fritz Perls, fondateur de la Gestalt thérapie, *l'attention sur soi est thérapeutique*.

– L'**attitude** : elle correspond à la manière dont le sujet dirige son attention sur ce qu'il vit : elle peut être froide, critique, ou au contraire teintée de compassion, d'affects. Elle renvoi aux attitudes de non-jugement, d'acceptation, (etc décrites précédemment, participant à l'ouverture à l'expérience et à la possibilité de se confronter à des pensées, émotions ou sensations désagréables.

Shapiro suggère que ces 3 composantes jouent, directement ou indirectement, aux transformations inhérentes à la pleine conscience et qu'elles amènent à un changement de perspective qu'il nomme le **re-perceiving**, que l'on pourrait traduire par la re-perception. Il rapporte ce concept à ceux de décentration, de détachement, de désautonomisation. Il considère la re-perception comme un processus de développement qui amène à vivre les expériences avec plus d'objectivité et à définir son identité non pas par le contenu des pensées mais par la *conscience de*

*ce contenu*. La re-perception amènerait à 4 mécanismes additionnels : une meilleure auto-régulation et gestion de soi, un éclaircissement des valeurs, une meilleure flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale ainsi qu'à une désensibilisation par l'exposition.

c. Modèle de Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago & Ott, (2011)

Ce modèle combine une perspective conceptuelle sur la pleine conscience et les données de la neuro-imagerie. Cinq composantes sont identifiées :

– La **régulation de l'attention** : la focalisation de l'attention sur un stimulus provoque l'activation du cortex cingulaire antérieur (CAA), d'autant plus lorsqu'un stimulus distracteur apparaît afin de maintenir l'attention sur l'objet de focalisation. Lors de la période d'apprentissage de la méditation, la CAA est très sollicitée. Son activation diminue ensuite avec l'acquisition d'un niveau d'expertise. Cependant, on observe une quantité de matière grise plus grande chez les experts que chez les novices. Le *contrôle cognitif de l'attention* est alors *meilleur*, stabilisé. Il s'agit d'un contrôle top-down qui recrute aussi d'autres zones du cerveau, notamment le cortex fronto-insulaire.

– La **conscience du corps** : peu d'études comprenant des échantillons assez larges mesurent cet aspect, mais il est reporté par des experts que la pratique de la pleine conscience améliore la conscience du corps, définie ici comme capacité à relever des informations corporelles subtiles. Cet aspect est mesuré dans le Five Facets Mindfulness Questionnaire. L'imagerie cérébrale montre que ce ne sont pas les mêmes zones cérébrales qui s'activent lorsque l'attention se porte sur des données intéroceptives (insula et jonction temporo-pariétale) que sur des données extéroceptives (aire somato-sensorielle secondaire). Le volume de l'insula et la structure de la jonction temporo-pariétale seraient corrélés à la conscience viscérale. Cette meilleure conscience du corps serait corrélée à une meilleure reconnaissance des émotions et donc à une *amélioration de la gestion émotionnelle*.

– La **régulation des émotions** : tout comme la régulation de l'humeur, elle est mise en évidence par différentes études mesurant les réactions physiologiques et comportementales. Le cortex pré-frontal joue le rôle de modulation du traitement des émotions par d'autres structures cérébrales, notamment l'amygdale. Les effets de la pleine conscience ont surtout été démontré sur la réduction du stress et des symptômes dépressifs. Parmi les différents types de régulation émotionnelle (comportementale, cognitive), Hölzel s'attarde sur les stratégies cognitives dite de *changement cognitif* (une autre stratégie est le contrôle attentionnel). Il développe les notions de *ré-évaluation* et d'*extinction*. La ré-évaluation consiste à interpréter différemment un stimulus pour changer la réponse qu'on lui accorde (percevoir sa douleur non pas comme un frein à une activité physique mais comme un signe indiquant qu'il est nécessaire de protéger son corps). Une étude

montre que la pleine conscience permettrait d'effectuer une ré-évaluation positive des événements. L'extinction comprend la notion d'exposition à un stimulus et à un renversement de la réponse qui lui est associé (se confronter à sa douleur en passant d'une réponse anxieuse à une attitude de non-réaction, d'acceptation). L'extinction vise à dépasser les réactions émotionnelles prévisibles. Ici, ce sont la partie ventro-médiale du cortex préfrontal, l'hippocampe et l'amygdale qui sont impliqués. Après seulement 8 semaines de pratique de la pleine conscience, des modifications de concentration de matière grise sont observées et sont interprétées comme responsables des progrès dans la régulation émotionnelle.

– Un **changement dans la perspective de soi** : cette composante est fortement imprégnée de la philosophie bouddhiste. L'entraînement à la conscience de soi engendrerait le développement d'une *méta-conscience de soi*. Elle même induirait un détachement du sens statique de soi, puis une déconstruction et enfin une libération de soi. Le sens statique de soi est considéré comme la cause des désordres psychiques. Ici, de nombreux réseaux neuronaux sont impliqués dans la représentation autobiographique de soi : la partie médiale du cortex pré-frontal, le cortex cingulaire postérieur, le cortex préfrontal dorsal, l'insula et la jonction temporo-pariétale.

Les auteurs de ces 3 modèles suggèrent que ces modèles ne sont que théoriques et que des études complémentaires restent à réaliser afin de mieux comprendre les mécanismes d'action de la pleine conscience.

## C/ Approche psychomotrice de la pleine conscience

### 1) Pleine conscience et relaxation

#### a. La pleine conscience induit un état de relaxation

Suite à ses études sur des moines tibétains, Benson conclut en 1985 que la méditation amène à ce qu'il nomme la réponse de relaxation, caractérisée par une baisse du tonus musculaire et un ralentissement un système nerveux sympathique (Muzellec, 2008). Depuis, de nombreux articles ont confirmé cet effet de la méditation.

#### b. Pleine conscience vs relaxation

L'étude de Dunford & Thompson (2010) compare les effets de la relaxation et de la pleine conscience auprès de patients douloureux chroniques. Ils proposent une définition schématique et simplifiée de la relaxation et de la pleine conscience mais néanmoins parlante : la



relaxation est présentée comme visant à réduire les sensations de stress et de tensions alors que la pleine conscience vise à observer les sensations de stress et de tensions. Les études sélectionnées concernent différents types de relaxation (training autogène de Schultz, relaxation progressive de Jacobson, biofeedback, imagerie mentale) et de pleine conscience (programme MBSR, MBCT, ACT). Tout en mettant en évidence la limite de leur étude, les auteurs constatent que la relaxation est plus efficace dans le traitement des douleurs aiguës que des douleurs chroniques et efficace à court terme. Si les effets de la pleine conscience juste après les temps de méditation ne sont pas toujours immédiatement observables, les effets à **long terme** seraient probants, notamment sur la **qualité de vie** et la réduction des **symptômes de dépression et d'anxiété**.

## 2) Tonus

Comme mis en évidence précédemment, la pratique de la pleine conscience induit un état de relaxation, ce qui provoque une diminution du tonus musculaire. Sachant que les émotions, dont la colère, se traduisent par une hypertonie musculaire, qui elle-même peut accroître les sensations douloureuses (cf page 27), la méditation de pleine conscience peut alors être envisagée comme un moyen de **régulation physiologique des émotions**.

## 3) Mouvement

Le programme MBSR comporte des exercices de hatha-yoga consistant à adopter différentes postures successivement. Ces postures sont réalisées dans l'objectif de prendre conscience des sensations corporelles en mouvement et d'affiner la perception de ses propres limites (Kabat-Zinn, 1990). Ici ce qui intéresse le psychomotricien, c'est le mouvement en tant qu'« organe de perception » (Berlioz, 1997 in Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011) Le mouvement est défini comme « la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture (relation des parties entre elles), soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Il est plus ou moins finalisé, plus ou moins volontaire ou réflexe, plus ou moins automatisé, plus ou moins conscient. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011)

Cet aspect de la pratique de la pleine conscience intéresse le psychomotricien dans la mesure où un individu douloureux a tendance à l'hypokinésie. Les postures prescrites stimulent les mécanismes d'équilibre, de coordination, de kinesthésie, permettant au sujet une **remobilisation corporelle non-douloureuse**. Cette dernière peut être intégrée à des objectifs de rééducation fonctionnelle du projet psychomoteur. Il faut souligner que les exercices proposés tiennent compte de la pathologie du patient et que chaque patient est invité à ne réaliser que les mouvements non-douloureux qui ne le mettent pas en danger.

#### 4) Posture

La pratique de la pleine conscience commence par le scan corporel qui s'effectue allongé. Pour les patients souffrant de lombalgie ou tout autre pathologie rendant inconfortable le maintien de cette posture, le psychomotricien peut veiller à l'accompagnement dans la recherche d'adaptation d'une **posture antalgique** afin d'entrer dans le travail de pleine conscience. De même pour les méditations en position assise.

Face à l'adaptation posturale automatique visant à réduire la douleur, le psychomotricien peut amener par la pleine conscience à prendre conscience des **modifications posturales nocives**.

Enfin, face à la persistance de la douleur dans les positions nécessaires au quotidien (allongé pour le sommeil), le psychomotricien peut utiliser la pleine conscience afin d'apprendre au patient à obtenir une meilleure gestion des émotions (observer la colère liée à l'inconfort de la position plutôt que d'y répondre par de manière impulsive).

#### 5) Attention

Élément central de la méditation, la régulation du focus attentionnel nécessite un véritable entraînement. La pleine conscience implique de porter son attention sur « l'ici et maintenant » et donc d'être pleinement présent aux événements qui se déroulent. En ce sens cela implique pour Bishop et al. (2004 in Heeren & Philippot, 2009), les capacités d'**attention soutenue** (capacité de maintenir un état de vigilance durant une période de temps prolongée (Posner & Rothbart, 1992 in Heeren & Philippot, 2009).

De plus, face à l'apparition d'un distracteur potentiel (un bruit extérieur) lors d'une période de focalisation sur un stimulus particulier (la respiration par exemple), le méditant est amené à prendre conscience de l'attention qui se tourne vers ce distracteur, et à s'en dégager volontairement pour se refocaliser sur le stimulus déterminé par l'exercice (la respiration). De même, les différents exercices de méditation impliquent de porter son attention d'un stimulus à un autre (des sensations du dos à celles d'un bras). Ainsi, les capacités de flexibilité du focus attentionnel (capacité de diriger le focus attentionnel d'un stimulus vers un autre, Posner, 1980 in Heeren & Philippot, 2009) sont impliquées (Bishop et al, 2004 in Heeren & Philippot, 2009). Nous pouvons dire que cette notion de flexibilité attentionnelle renvoie aux capacités d'**attention divisée** et d'**attention sélective**.

Enfin, nous avons vu que diriger son attention sur un stimulus non-nociceptif réduit la perception douloureuse. En amenant son attention sur des parties du corps non-douloureuses lors du scan corporel<sup>1</sup>, nous pouvons faire l'hypothèse d'une modulation de la douleur.

---

<sup>1</sup> Exercice qui consiste à porter son attention sur ses sensations corporelles en parcourant tout le corps, des pieds jusqu'à la tête.

## 6) Vécu corporel

La prise de conscience des sensations corporelles contient deux fonctions pour A. Devault (2012) : la première est de cultiver une observation neutre des sensations en prêtant attention à la naissance des pensées qu'elles provoquent. Nous voyons ici que la pleine conscience peut moduler le cercle vicieux de la douleur (sensation douloureuse → colère → élaboration cognitive négative → tensions → douleur). L'autre intérêt est celui de la prise de conscience du caractère éphémère des sensations douloureuses. Ces dernières ne sont pas constamment présentes à la même intensité. Ainsi, l'individu réalise qu'il ressent des sensations agréables, qu'il peut accorder de l'attention à des parties de son corps sources de bien-être, entre deux crises douloureuses ou de façon concomitante à la présence localisée de douleurs.

## 7) Régulation émotionnelle

Comme décrit dans la partie « Les émotions et la douleur chronique » (page 14 et suivantes), les émotions négatives provoquées ou associées à la douleur (peur, colère, anxiété, stress) seraient des facteurs de maintien et d'accroissement de la douleur, notamment quand le sujet évite ses émotions (notions de répression ou de suppression émotionnelle) ou qu'il a du mal à les identifier (alexithymie).

La pleine conscience va à l'encontre de ces processus automatiques en insistant sur l'observation des différents états mentaux, notamment des émotions. Le sujet est invité à distinguer ses pensées de ses émotions et de ses sensations corporelles. Par là, il apprend à identifier et nuancer ses émotions, et à prendre conscience des réactions qui y sont associées (pensées ruminatives, impulsivité, stress, anxiété). Par cette meilleure connaissance de soi, et par l'acceptation des émotions positives et négatives, le sujet passe d'une « réaction » automatique à l'émotion à « une **réponse** ». Cette réponse est active et permet au sujet de trouver une nouvelles stratégies de gestion émotionnelle, plus saines, et l'émergence de nouveaux comportements (Kabat-Zinn, 2012).

L'acceptation des émotions pratiquée en pleine conscience rejoint les processus d'exposition évoqués auparavant. L'état de relaxation associé à la méditation est un atout d'enjeu permettant d'apporter une réponse physiologique dans ce processus de régulation émotionnelle.

## 8) Contre-indications

La communauté scientifique actuelle ne considère pas la pleine conscience comme une forme de psychothérapie mais comme une intervention psychologique de forme primaire ou

secondaire (Heeren & Philippot, 2009). Il n'existe pas de recommandations officielles concernant les contre-indications à la pratique de la pleine conscience. Toutefois, différents auteurs s'accordent sur plusieurs points : l'impossibilité de pratiquer quotidiennement pendant 30 minutes, des ressources attentionnelles faibles (chez une personne fortement déprimée par exemple), une tendance à la dissociation ou à des phobies intéroceptives.

#### **- Conclusion sur la pleine conscience -**

**La multiplicité des données bibliographiques sur la pleine conscience illustre l'intérêt croissant du monde scientifique pour cette pratique. Malgré les limites des études mesurant son efficacité et la nécessité de modèles explicatifs plus précis, la pleine conscience présente des bénéfices thérapeutiques.**

**Parmi les paramètres sur lesquels intervient la pleine conscience, certains concernent le champ d'intervention des psychomotriciens : l'équilibre psycho-affectif, le stress, l'amélioration du confort et du bien-être, les compétences psychomotrices. (Ministère de la Santé et des Sports, 2011)**

**La pleine conscience peut alors être envisagée comme une médiation dans la prise en charge psychomotrice de la douleur chronique. A travers une expérience clinique menée sur un groupe de 6 patientes, voyons comment elle a pu être intégrée dans différents projets de soins psychomoteurs. Nous mettrons en évidence la démarche d'évaluation de type test / re-test, illustrée par 3 patientes.**

# TROISIEME PARTIE : PARTIE PRATIQUE

Dans un premier temps, le bilan type sera présenté et suivi de la description des séances réalisées avant de présenter chaque cas (bilan initial et bilan d'évolution après les 8 semaines de pratique).

## A) Le bilan psychomoteur

### 1) Les échelles d'évaluation

Selon les problématiques des patients, les échelles et questionnaires utilisés sont les suivants :

Le livret ANAES d'évaluation de la douleur comprenant :

- Le schéma des **zones douloureuses** sur lequel le patient doit hachurer les parties de son corps qui sont douloureuses. (Annexe 1)
- Le questionnaire Douleur de Saint-Antoine (**QDSA**) : le patient doit cocher les termes qui correspondent à la douleur qu'il ressent, ce qui permet de quantifier les **composantes sensori-discriminative** (sur 36 points) et **affective** (sur 28 points) de la douleur. (Annexe 3)
- L'échelle du retentissement émotionnel (**HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale) : elle permet d'évaluer le niveau d'**anxiété** et de **dépression**. (Annexe 2)

La somme des notes de la colonne D forme le score de la dépression (maximum 21)

La somme des notes de la colonne A forme le score de l'anxiété (maximum 21)

Pour chaque score, des valeurs seuils sont déterminées :

- un score inférieur ou égal à 7 = absence de perturbation
- un score entre 8 et 10 = douteux
- un score supérieur ou égal à 11 = considéré comme à traiter

N.B. : L'évaluation de l'anxiété et de la dépression effectuée ici ne remplace en aucun cas un avis ou diagnostic psychologique. Les définitions du trouble anxieux généralisé et de l'épisode dépressif majeur du DSM-V et les échelles utilisées permettent au psychomotricien d'obtenir un profil psychologique du patient.

- L'échelle de **retentissement de la douleur sur le comportement quotidien** : chacun des items suivants est coté de 0 à 10 : humeur, capacité à marcher, travail habituel, relation avec les autres, sommeil, goût de vivre. On obtient un score total sur 60. (Annexe 5)

Ainsi que les outils suivants :

- L'échelle Visuelle Analogique (**EVA**) : le patient attribue à sa douleur une note entre 0 et 10, la note 0 correspondant à une absence de douleur et la note 10 à la douleur maximale imaginable. (Annexe 4)

- L'échelle de **Beck** : elle identifie les seuils de gravité de la **dépression** (Annexe 8). Ils sont définis par Beck et Beamesderfer comme :

Score entre 0 et 4 = pas de dépression

Score entre 4 et 7 = dépression légère

Score entre 8 et 15 = dépression modérée

Score égal ou supérieur à 16 = dépression sévère

Le score total est sur 39 points.

- Le Medical Outcome Study Short Form-36 (**MOS-36**) : les items de ce questionnaire portent sur les limitations dues à l'activité physique et à l'état psychique, les relations avec les autres, la santé, l'intensité des douleurs. (Annexe 6)

- Le Multidimensional Pain Inventory (**MPI**) : les items de ce questionnaire évaluent les limitations dues à la douleur, les relations sociales, l'humeur, la gestion de la douleur, etc. (Annexe 7)

- Le Five Facets Mindfulness Questionnaire (**FFMQ**) mesure les **capacités de pleine conscience** : la non-réactivité (facteur 1), l'observation de l'expérience présente (aspects perceptifs et sensoriels principalement, facteur 2), l'action en pleine conscience (facteur 3), la description de l'expérience présente (domaine verbal, facteur 4), le non-jugement de l'expérience (facteur 5). (Annexe 9)

- Le Ways of Coping Check List (**WCC**) évalue les **capacités d'ajustement au stress**. Trois dimensions sont mesurées : le **coping centré sur le problème** (effort pour résoudre un problème, suivre un plan d'action, se battre, trouver des solutions), le **coping centré sur l'émotion** (sentiment de malaise, de culpabilité, auto-critique, espoir d'un miracle, besoin d'oublier) et la **recherche de soutien social** (soutien informel, matériel et émotionnel). Ce questionnaire a été proposé dans le but d'obtenir une mesure objectivable du profil cognitif des patientes ainsi que de mesurer l'influence de la pleine conscience sur les différents types de coping (cf page 37, Kabat-Zinn, 2012). (Annexe 10)

**Pour le QDSA, l'échelle de retentissement sur le quotidien, le MOS, le MPI et le FFMQ les résultats obtenus serviront de repères afin de les comparer au re-test.**

## 2) Les tests psychomoteurs

L'entretien de rencontre s'est effectué sous forme d'un **entretien semi-structuré** dans l'objectif de dégager une analyse fonctionnelle de la douleur, l'anamnèse du patient et son contexte de vie actuel. Suite à l'entretien, certains tests ont été réalisés en fonction de la plainte des patients et de leur profil.

Pour les fonctions exécutives, le Trail Making Test a été utilisé pour mesurer les capacités de **flexibilité mentale**. Ce test est étalonné sur trois tranches d'âge (moins de 40 ans, 40-59 ans et plus de 60 ans) et tient compte du niveau d'études. La **planification** a été testée par la Tour de Londres pour laquelle l'étalonnage adulte correspond seulement à la tranche d'âge 22 ans. Les capacités d'**attention divisée** ont été mesurées par le test du D2 étalonné de 19 ans 0 mois à 59 ans 11 mois. La **mémoire visuo-spatiale** a été évaluée par le test des Cubes de Corsi étalonné chez les adultes sur 3 tranches d'âge : moins de 20 ans, entre 20 et 40 ans, et plus de 40 ans.

Les capacités de **motricité générale** ont été testées par des items du Tinetti qui mesure l'**équilibre statique et dynamique** chez les personnes âgées. Certains items du Lincoln-Oseretsky (6-14 ans) ont été proposés pour mesurer les capacités de **coordination dynamique générale et d'équilibre**. Enfin, la **motricité manuelle** a été évaluée par le Purdue Pegboard étalonné chez les adultes de 60 à 90 ans. Le **tonus** de fond a été testé par les épreuves de mobilisation des articulations des membres supérieurs et inférieurs et de chute du bras.

Le bilan psychomoteur et les différentes échelles utilisées ont plusieurs objectifs :

- obtenir une évaluation des différentes composantes de la douleur et son analyse fonctionnelle.
- mettre en évidence les capacités psychomotrices préservées et altérées.
- permettre de dégager un profil global du patient en lien avec son fonctionnement quotidien.

## 3) Le re-test

Au vu des différentes contraintes rencontrées (temporelles, matérielles etc.), tous les domaines évalués lors du bilan initial n'ont pas fait l'objet d'un re-test après les **8 semaines de pratique**. J'ai alors choisi de cibler le re-test sur l'analyse de la douleur, en prenant en compte les différents facteurs pouvant intervenir sur le vécu douloureux (modifications des traitements, événements de vie, etc.). Seuls les tests déficitaires au départ ont été repassés concernant les fonctions exécutives. La pratique du yoga n'ayant fait l'objet que de 3 séances, les domaines moteurs n'ont pas été prioritaires dans la ré-évaluation. Une place importante a été accordée aux propos des patientes. Certains questionnaires seront ré-évalués après une pratique plus longue de la pleine conscience (MOS-36, MIP, FFMQ).

## B) Le projet thérapeutique de groupe

### 1) La construction du projet

Le projet de pratique de pleine conscience en groupe a été proposé aux patientes en demande d'une nouvelle technique de gestion de la douleur, non-médicamenteuse, complémentaire des suivis psychologiques parfois déjà commencés.

Aux vues des données de la littérature et de mon expérience personnelle, j'ai choisi d'organiser les séances de pratique en me basant sur le programme MBSR. Je l'ai en effet suivi avant de commencer le stage et j'ai continué à pratiquer la méditation régulièrement. Toutefois, le programme MBSR tel qu'il est construit ne peut être proposé que par des instructeurs en MBSR. Il n'a été qu'une base sur laquelle je me suis appuyée, en adaptant chaque séance aux patientes en fonction de mes observations cliniques et des projets de soin psychomoteurs.

### 2) Le déroulement des séances

#### Séance 1

- Présentation de la pleine conscience (rappel d'informations déjà évoquées en entretien)
- Exercice du raisin sec pour aborder la notion de « pilote automatique »
- Pratique du scan corporel

*Exercices à réaliser pendant la semaine : scan corporel + un repas en pleine conscience*

*Enregistrements vocaux proposés : scan corporel de 15 minutes et scan corporel de 30 minutes*

#### Séance 2

- Pratique du scan corporel (30 minutes)
- Échange sur la pratique de la semaine
- Échange autour de la notion de non-jugement

*Exercice à réaliser pendant la semaine : Scan corporel*

*Enregistrements : identique à la semaine 1*

#### Séance 3

- Pratique du scan corporel (30 minutes)
- Échange sur la posture adoptée pour méditer
- Échange sur la pratique de la semaine
- Méditation du souffle
- Échange autour de la notion de non-jugement



*Exercices à réaliser pendant la semaine : scan corporel + méditation du souffle + remplir le tableau des événements agréables afin de distinguer pensées, émotions et sensations. (Annexe 11)*

*Enregistrements : méditation du souffle de 10 minutes*

#### Séance 4

- Méditation sur les sensations corporelles, les pensées et les émotions (5 min)
- Échange sur la pratique de la semaine
- Yoga en position allongée (40 minutes)
- Méditation du souffle (8 minutes)

*Exercices à réaliser pendant la semaine : méditation du souffle + yoga + remplir le tableau des événements désagréables (ce tableau est identique au calendrier des événements agréables)*

*Enregistrements : yoga de 15 minutes ou 30 minutes*

#### Séance 5

- Échange sur la pratique de la semaine
- Méditation sur les perceptions sonores, « corps-sons » (25 min)
- Échange autour de la notion de lâcher-prise

*Exercices à réaliser pendant la semaine : méditation « corps - sons » + yoga + remplir le tableau des événements désagréables*

*Enregistrements : méditation « corps-sons » de 20 minutes*

#### Séance 6

- Yoga couché (20 min)
- Méditation sur les sensations corporelles, les pensées, les émotions, les perceptions sonores (35 min)
- Échange sur la pratique de la semaine
- Échange sur la notion d'esprit du débutant

*Exercices à réaliser pendant la semaine : yoga + une méditation*

*Enregistrement : Méditation « corps – pensées – émotions – sons – souffle – conscience ouverte » de 35 minutes*

#### Séance 7

- Marche en pleine conscience (10 min)
- Yoga allongé (15 min)
- Méditation sur la douleur (20 minutes)

indiquant le début de la crise.

Parfois Mme M. décide de ne pas prendre le traitement. Si elle arrive à « se détendre » lors de la phase de déclenchement de la crise migraineuse, notamment en se concentrant sur sa respiration abdominale, elle arrive à inhiber le processus, mais pas de manière systématique.

Elle a essayé d'utiliser la chaleur mais n'a pas obtenu de résultats.

### **Apparition de la crise au cours de la journée, déroulement et fréquence**

La crise migraineuse commence souvent la nuit ou le matin. Si le traitement médicamenteux fait effet dès la première prise, elle s'estompe après environ 2 heures. Si ce n'est pas le cas, elle dure 24h, avec 3 prises de comprimés.

Mme M. a du mal à évaluer la fréquence de ses crises de part leur variabilité. Elle pense qu'elle doit faire face en moyenne à 2 crises tous les 15 jours dont une crise particulièrement intense chaque mois.

### **Sensations prédictives de la crise douloureuse**

Mme M. n'identifie pas systématiquement le début de la crise. Lorsque c'est le cas, la douleur commence au niveau du bord médian de la scapula droite.

### **Loisirs et vie sociale**

Mme M. pratiquait le viet vo dao qu'elle a arrêté récemment afin de voir si cela avait un impact sur la survenue de ses migraines. N'ayant pas noté d'effet bénéfique, elle envisage de reprendre ce sport. Elle aime lire et n'apprécie pas trop les sorties. Elle a des amis qu'elle voit de temps en temps, mais les répétitions et les concerts lui « suffisent » en terme de vie sociale.

### **Pleine conscience / Détente**

Mme M. pratique des temps de méditation en rapport avec la musique. Elle écoute des enregistrements assise, les yeux fermés, les mains sur les cuisses, pendant une vingtaine de minutes. Elle constate qu'elle se sent plus relâchée après. De plus, elle pense qu'elle a une bonne maîtrise de sa respiration, notamment par le fait de jouer du saxophone. Cependant, elle se dit « décontractée peu souvent ». La pleine conscience lui évoque les termes de « relaxation » et de « tranquillité d'esprit ».

Au FFMQ, les scores sont les suivants :

Facteur non-réactivité : 24/35. Facteur observation de l'expérience présente : 32/40. Facteur action en pleine conscience :30/40. Facteur description de l'expérience présente : 25/40. Facteur non-jugement : 34/40.

## **Échelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien**

Le score total est de 30/60. Les détails sont présentés dans le tableau de comparaison de données du bilan d'évolution.

### **- Évaluation psychomotrice -**

#### **Tonus de fond**

Mme M. décrit une impression de moindre capacité de relâchement au niveau du membre supérieur droit. Un bilan du tonus est effectué en position assise. Mme M. a de bonnes capacités de relâchement autant à droite qu'à gauche, ainsi qu'au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Il n'y a pas de paratonies.

#### **Motricité générale**

Mme M. dit ne pas avoir de difficultés sur le plan moteur. Ses capacités sont vérifiées par la réalisation efficace d'items du Lincoln-Oseretsky (sauter et taper des mains, pointillage, tricotage) et d'items du Tinetti (équilibre unipodal, équilibre sur pointes de pied, équilibre bipodal avec pieds alignés et yeux fermés et équilibre bipodal avec hyperextension de la tête). Elle mentionne toutefois une douleur dans le dos lors de cette dernière épreuve.

#### **Fonctions supérieures**

##### **^ Planification**

Mme M. dit avoir du mal à organiser ses journées, à anticiper, à planifier.

A l'épreuve de la Tour de Londres, elle obtient les scores de -1,04 DS avec la notation Krikorian (performance) et + 0,58 DS avec la notation Anderson (performance/temps). Ces résultats sont dans la norme moyenne attendue.

##### **^ Attention divisée**

A l'épreuve du D2, tous les scores sont dans la norme supérieure (> 95e percentile). Il n'y a pas de difficultés d'attention divisée.

##### **^ Flexibilité mentale**

A l'épreuve du Trail Making Test, ses résultats se situent dans la norme supérieure (> 95e percentile) concernant la rapidité d'exécution. En terme de performance, elle effectue une erreur dans la partie B ce qui la situe en dessous de la norme attendue (< 5e percentile).

Mme M. se montre particulièrement stressée lors de la passation de ces tests. Elle se décrit comme étant perfectionniste. Elle évoque le fait d'anticiper tous les scénarii possibles avant une nouvelle situation afin de diminuer son angoisse.

### **Vécu corporel**

Mme M. a l'impression d'être « coincée à droite », et d'avoir « moins d'amplitude de ce côté là ». Il faut préciser qu'elle est latéralisée à gauche pour l'œil, la main et le pied.

Elle évoque des angoisses corporelles au niveau des côtes, des articulations des genoux et des poignets (face interne) et ne supporte pas d'être touchée par surprise sur ces zones. Lors de ses angoisses nocturnes, elle a besoin de contenance au niveau des côtes pour s'apaiser. Elle peut toutefois penser à ces zones corporelles et les toucher elle-même sans appréhension.

Enfin, elle précise que seuls les massages de sa mère arrive à apaiser ses crises migraineuses.

### **Domaine sensoriel / perceptif**

Il n'y a pas de plaintes ni au niveau sensoriel, ni au niveau perceptif.

### **Conclusion du bilan psychomoteur**

Les douleurs cervico-dorsales précédant la crise peuvent faire penser à des céphalées de tension. Or, tous les autres symptômes correspondent au tableau clinique des migraines. La consultation chez le neurologue permettra peut-être alors d'obtenir un diagnostic.

D'un point de vue psychomoteur, Mme M. ne présente pas de difficultés motrices. Au niveau exécutif, on relève seulement des difficultés de flexibilité mentale.

Elle semble être active dans les stratégies de lutte contre la douleur qu'elle met en œuvre.

Son niveau d'angoisse n'est pas significatif aux tests mais semble prégnant lors de crises migraineuses.

De plus, Mme M. se définit comme une personne stressée, ce qui correspond aux observations cliniques. Ce stress est identifié par Mme M. comme un facteur d'augmentation de la probabilité des douleurs. Les observations cliniques recueillies durant la passation des tests nous permettent de penser que le stress altère ses capacités exécutives et relationnelles de Mme M. Sa demande concerne la gestion de ses émotions et de ses pensées négatives lors des crises douloureuses par une nouvelle approche de type relaxation.

La proposition de méditation de pleine conscience est accueillie positivement.

### **Projet de prise en charge psychomotrice** (objectifs thérapeutiques et moyens mis en œuvre)

- Apprendre à mieux gérer les pensées et les émotions pendant la crise douloureuse → *par la pratique d'exercices maîtrisés hors période de crise et réutilisable en situation douloureuse.*

- Obtenir un ressenti de détente des zones de tension musculaires chroniques et prévenir le stress → *par l'état de relaxation induit par la méditation.*
- Mieux organiser et planifier son quotidien → *par le fait d'aménager des temps de pratique de méditation dans la journée, et de prendre conscience de ce qui semble être désorganisé afin de le modifier.*

### **Objectifs de l'ordre de l'éducation thérapeutique, en lien avec la psychomotricité**

- Réduire la prise des traitements pharmacologiques → *par la pratique de la méditation dès le début de survenue des symptômes.*
- Identifier d'éventuels éléments déclencheurs de la migraine et relever la fréquence d'apparition des crises → *en étant plus attentive aux perceptions sensorielles qui précèdent la crise, et en remplissant une grille d'analyse fonctionnelle des crises migraineuses.*

## **BILAN D'EVOLUTION**

### **Investissement dans la pratique de la pleine conscience**

Mme M. a assisté aux 8 séances de groupe. Discrète au départ durant les échanges, elle a progressivement investi les temps de parole spontanément. La position allongée sur un tapis ne lui étant pas confortable, elle a pratiqué la majorité des exercices assise sur une chaise.

Chez elle, elle a réalisé les exercices tous les jours durant les 3 premières semaines. Puis elle a réduit sa pratique à raison de 2 fois par semaine, ce qu'elle explique par la préparation d'un concert important et par une difficulté à reprendre un rythme régulier suite à cet événement.

### **Traitements lors des 8 semaines**

Mme M. a modifié sa stratégie de traitement médicamenteux : elle alterne un antimigraineux avec du PARACETAMOL CODEINE et un anti-inflammatoire en fonction de l'intensité de la douleur. Elle a choisi cette alternance pour éviter l'accoutumance.

Le suivi psychologique s'est interrompu lors de la deuxième semaine de pratique de la pleine conscience et reprendra dans deux mois.

L'IRM cervico-dorsale prescrite par la neurologue n'a pas mis en évidence d'éléments significatifs. Mme M. ne sait dire s'il a été question de migraines ou de céphalées de tension et je n'ai pu avoir accès au compte-rendu neurologique.

## Evolution des crises migraineuses

L'apparition des crises est identique concernant le moment de la journée. Mme M. n'a pas rempli le tableau d'analyse des crises. Elle identifie une crise importante (24h) durant les 8 semaines, avec des crises légères (environ 2 heures) à raison d'une fois par semaine en moyenne.

## Facteurs influençant la douleur

Mme M. n'a pas identifié de nouveaux facteurs prédictifs de la crise migraineuse ou l'aggravant. Suite à un événement de stress important (concert), Mme M. s'attendait à avoir une crise, ce qui n'a pas été le cas.

Pour ses douleurs dorsales et au niveau de la mâchoire, elle utilise l'exercice du scan corporel pour obtenir une détente musculaire. Elle dit penser plus régulièrement à détendre ses épaules.

## Résultats des questionnaires

	Bilan initial	Bilan d'évolution
Score sensori-discriminatif (QDSA)	10/36	13/36
Score affectivo-émotionnel (QDSA)	14/28	20/28
Anxiété (HADS)	9/21	10/21
Dépression (HADS)	6/21	4/21
Retentissement quotidien	30/60	34/60
- Humeur	6/10	8/10
- Capacité à marcher	4/10	1/10
- Travail habituel	7/10	8/10
- Relation avec les autres	5/10	6/10
- Sommeil	4/10	3/10
- Goût de vivre	4/10	8/10

Au niveau **sensori-discriminatif**, la localisation des douleurs est identique sur le schéma des zones douloureuses. La douleur la plus intense depuis 8 jours est toujours évaluée à l'EVA à 9/10.

Au niveau **affectivo-émotionnel**, Mme M. rapporte moins d'états d'angoisse en situation de crise. La peur moyenne de survenue de la douleur est de 4-5 / 10, score identique au bilan initial.

Au niveau **cognitif**, elle note ces dernières semaines une recrudescence de stress, attribuée à sa situation professionnelle précaire. Mme M. pensait que cela provoquerait une augmentation de ses crises, ce qui n'a pas été le cas. De plus, Mme M. estime que la gestion de ses migraines est meilleure.

Enfin, sur le plan **comportemental**, on note une défocalisation de l'attention sur la survenue

d'une migraine. Son comportement en situation de crise n'a pas changé. Pour les douleurs du dos et de la face, elle relâche volontairement et régulièrement ses épaules et sa mâchoire. La pratique d'exercices de méditation a eu un effet bénéfique sur l'organisation du quotidien de Mme M., ce qui confirme l'hypothèse de départ.

Au vu des résultats des tests psychomoteur du bilan initial, seul le Trail Making Test a été repassé. Le temps de passation pour les deux épreuves est toujours supérieur au percentile 95 et aucune erreur n'a été effectuée. Mme M. n'a pas manifesté de réaction de stress contrairement au bilan initial. Ses capacités de flexibilité mentale seraient donc améliorées.

### **Bilan de la prise en charge psychomotrice**

Au terme des 8 semaines, Mme M. décrit une prise de recul par rapport à ses douleurs, bien qu'elles n'aient pas changées. Cette prise de recul est marquée vis-à-vis de son angoisse et de ses pensées d'auto-jugements. La notion de non-jugement de l'expérience présente est un des éléments majeurs qu'elle retient des séances et qu'elle essaie d'appliquer à son quotidien. Elle se sent moins instable émotionnellement et perçoit une meilleure maîtrise de ses émotions. La notion de lâcher-prise a fait écho à son suivi psychothérapeutique et lui a semblé complémentaire.

Les exercices focalisés sur les sensations corporelles lui ont permis de se recentrer. Elle apprécie particulièrement le scan corporel, qui lui a permis de prendre conscience précocement de ses tensions musculaires. Le relâchement est donc plus fréquent.

De manière plus générale, Mme M. relie à la pratique de la pleine conscience des relations plus apaisées avec son mari (de part ses prises de recul et l'effet relaxant des temps de méditations).

Les exercices de pleine conscience en mouvement (yoga) ont été coûteux pour Mme M. qui a repris le viet vo dao et apprécie les sports dynamiques. Les mouvements lents ont été pour elle source d'un ressenti corporel de lourdeur qu'elle a trouvé désagréable. Elle appréhendait ses réactions émotionnelles face aux exercices proposés lors des premières semaines mais cette crainte a disparue.

Mme M. souhaite poursuivre les séances, avec pour attente principale un approfondissement des exercices centrés sur les sensations corporelles. Ces exercices lui permettent en effet d'obtenir un état de relaxation et une qualité de pleine conscience plus importante que les exercices centrés sur les émotions et les pensées.

## - La plainte douloureuse -

### a) Composante sensori-discriminative

L'intensité de la douleur depuis les 8 derniers jours est évaluée à 4-5/10 à l'EVA. En position allongée elles sont 2-3 / 10.

Au QDSA, les qualificatifs choisis sont « pénétrante » pour la douleur de la tête (fort), « en étau », « tiraillement » et « lourdeur » (modérément) pour les autres douleurs. Les douleurs du dos sont décrites comme des sensations de « brûlure ».

Le score sensori-discriminatif est de 9 / 36.

### b) Composante émotionnelle

Le score émotionnel au QDSA est de 6 / 28 (douleur « angoissante » et « déprimante »).

A l' HADS, le score de dépression est de 4 / 21 et le score d'anxiété de 10 / 21.

### c) Composante cognitive

Mme P. pense que son opération a été un « déclic ». Ses douleurs sont synonymes de renaissance (l'opération l'ayant « réparée »). Depuis deux mois, elle trouve qu'elle s'enferme dans un schéma vicieux de type sensations douloureuses → pensées négatives → pensées ruminatives → augmentation des sensations douloureuses.

Au test d'ajustement au stress (WCC) les résultats sont les suivants :

Coping centré sur le problème : - 0,2 DS

Coping centré sur l'émotion : + 0,05 DS

Recherche de soutien social : + 2,05 DS

Les résultats sont dans la norme attendue et mettent en évidence l'importance des stratégies tournées vers une aide extérieure pour Mme P.

### d) Composante comportementale

Lorsqu'elle se lève de sa chaise, Mme P. grimace en réponse à ses douleurs thoraciques. Lorsque la douleur dorsale est sévère, Mme P. s'assoit ou s'allonge. Ses douleurs interfèrent sur ses possibilités à poursuivre une activité de la vie quotidienne ou de loisir jusqu'à leur fin ainsi que sur la qualité de ses échanges familiaux. Enfin, Mme T. ne peut reprendre d'activité professionnelle.

## Evolution des douleurs

Après l'opération, les douleurs étaient très fortes (8/10 à l'EVA) au niveau sternum et de la jambe (problème de cicatrisation) puis elles ont diminué à un niveau de 4-5 / 10 progressivement avec la prise d'antalgiques. Intolérés par le foie, ces traitements ont été arrêtés et les douleurs ont augmenté



en intensité. Les douleurs du dos sont apparues il y a 5 mois.

### **Variation des douleurs au cours de la journée**

Au lever, la douleur est de 7 / 10 à l'EVA au niveau du sternum et de la jambe. Puis elles varient en fonction des occupations de Mme P. Le soir, toutes les douleurs sont intenses.

### **Traitements médicamenteux**

Mme P. prend un traitement cardiologique à vie (NEBIVOLOL et ACIDE ACETYLSALICYLIQUE), un traitement pour l'hypercholestérolémie (ATORVASTATINE), du PARACETAMOL, du PARACETAMOL CODEINE, un antidépresseur selon l'intensité de la douleur (AMITRIPTYLINE) et un anxiolytique (BROMAZEPAM).

### **Traitements non-médicamenteux**

Mme P. consulte le psychologue à raison d'une séance tous les 15 jours. Le travail est effectué par la méthode EMDR<sup>2</sup>. Une consultation est à venir avec le médecin du sport.

### **Facteurs influençant la douleur**

L'immobilité (une posture assise pendant 1h par exemple) réveille les sensations douloureuses thoraciques. Certaines activités comme la cuisine, le jardinage ou la pose de bas de contention augmentent aussi l'intensité des douleurs. Enfin, le repos permet de faire diminuer leur intensité.

### **Loisirs et vie sociale**

Mme P. aime le jardinage, la cuisine, la lecture et faire des jeux sur sa tablette.

### **Échelle de retentissement sur le comportement quotidien**

Le score total est de 33/60. Mme P. se plaint de son sommeil car elle s'endort tard dans la nuit et voudrait pouvoir se lever plus tôt. Toutefois son sommeil est de bonne qualité et réparateur.

## **- Évaluation psychomotrice -**

### **Motricité générale**

- **Équilibre statique**

Les épreuves d'équilibre statique du Tinetti sont réussies (équilibre unipodal et bipodal avec hyperextension de tête). Toutefois, l'hyperextension de la nuque est faible (environ 30 degrés par

<sup>2</sup> Eye Movement Desensitization Reprocessing. Il s'agit d'une technique psychothérapeutique basée sur des mouvements oculaires et la réminiscence afin d'atténuer la réaction émotionnelle liée à un traumatisme.

rapport à l'axe vertical). L'item « station debout pieds alignés » du Lincoln est réussi. Mme P. ne présente pas de difficulté d'équilibre statique.

- **Équilibre dynamique / Coordinations dynamiques générales**

L'item « Objet à terre » du Tinetti est réussi. L'accroupissement total n'est possible qu'avec aide.

L'item « Objet en hauteur » du Tinetti est réussi avec toutefois une limitation de l'amplitude de l'épaule gauche (le bras ne peut toucher la tête).

Pour monter les escaliers, Mme P. se tient toujours à la rambarde.

L'épreuve du Lincoln-Oseretsky « taper des pieds et cercles des doigts » est réussie.

Mme P. présente donc une limitation fonctionnelle dans les aptitudes de coordinations dynamiques générales requises pour les mouvements du quotidien. Toutefois, elle trouve des stratégies compensatrices.

### **Motricité fine**

Mme P. ne peut pas serrer fort un objet avec sa main gauche, ni porter des courses, ni soulever une chaise.

Au test du Purdue Pegboard, elle obtient -0.29 DS pour la main dominante (droite), + 0.04 DS pour la main non-dominante, + 0.06 DS pour les deux mains et - 0.07 DS à l'assemblage (étalonnage 60 ans). Elle utilise une stratégie verbale pour alterner le travail des mains lors des deux dernières épreuves mais oublie plusieurs fois la consigne.

L'épreuve « tricotage » du Lincoln-Oseretsky est réussie mais provoque des douleurs dans le bras gauche.

Les capacités de motricité fine de Mme P. sont bonnes mais sources de douleurs. La gêne fonctionnelle est accentuée par les mouvements nécessitant de la force musculaire.

### **Tonus**

- **Tonus d'action / postural**

Il n'y a pas de syncinésies à l'épreuve des diadocosynésies. L'ajustement postural est correct lorsque je réalise des poussées antérieures, postérieures ou latérales en station debout.

- **Tonus de fond**

Les paratonies sont importantes lors de la mobilisation du membre supérieur droit ainsi qu'au niveau de l'épaule gauche. Mme P. a tendance à l'hypertonie.

## **Fonctions exécutives**

- **Mémoire de travail visuo-spatiale**

Au test des cubes de Corsi, l'empan endroit est à 5, soit - 0.4 DS ce qui est dans la norme attendue.

- **Flexibilité mentale**

Au Trail Making test, l'épreuve A est réalisée en 32 secondes ce qui situe Mme P. entre le percentile 50 et le percentile 75. L'épreuve B est réalisée en 75 secondes ce qui situe Mme P. entre le percentile 50 et le percentile 75. Les capacités de flexibilité mentale de Mme P. sont bonnes.

- **Attention divisée**

Au test du D2, les résultats sont les suivants :

GZ (nombre de signes vus) = 220 soit percentile 3

GZ - F (productivité) = 214 soit percentile 8

F% (pourcentage d'erreur par rapport à la production) = 0.0002 soit > au percentile 90

Mme P. effectue très peu d'erreurs mais sa vitesse de traitement est lente. Nous pouvons supposer que porter l'attention sur deux stimuli simultanément est coûteux pour Mme P., qui par conséquent réduit sa vitesse au profit d'une qualité de production.

## **Perception sensorielle**

La cicatrice de la jambe gauche est hyperalgésique et la face antérieure de la jambe gauche est hypoesthésique. De plus, depuis son opération, Mme P. a perdu une partie de son olfaction et de son goût.

## **Pleine conscience / Détente**

Lors d'un arrêt de travail il y a quelques années pour algodystrophie au niveau de l'épaule et du bras, elle avait essayé de pratiquer la méditation par elle-même en s'accordant des moments de calme, de recentrage sur soi. Elle a lu des écrits de Christophe André et a besoin d'être accompagnée. Elle dit en être à « l'acceptation ».

Au FFMQ, elle obtient les scores suivants : facteur non-réactivité : 29 / 35. Facteur observation de l'expérience présente : 40 / 40. Facteur action en pleine conscience : 22 / 40. Facteur : description de l'expérience présente : 30 / 40. Facteur le non-jugement de l'expérience : 17 / 40.

## **Conclusion du bilan psychomoteur**

L'opération de Mme P. semble être encore traumatique psychologiquement.

Le quotidien de Mme T. est rythmé par de nombreuses activités, et ce depuis toujours. La présence de douleurs réduit ses capacités de motricité fine en terme de force musculaire. Les épreuves de

motricité générale montrent une altération des activités de la vie quotidienne. Toutefois, Mme P. trouve de bonnes stratégies d'adaptation, ce qui limite la gêne fonctionnelle.

Les particularités sensorielles liées à l'opération (hyperalgésie et hypoesthésie de la zone cicatricielle) altèrent sa motricité et induisent une perte de plaisir vis-à-vis de l'alimentation (odorat et goût).

Au niveau exécutif, les capacités d'attention divisée de Mme P. sont faibles et elle relate des difficultés à la prise de décision en période douloureuse. La variation des douleurs et des domaines perceptifs modulent les capacités cognitives et l'adaptation de Mme P. à son environnement (technique et relationnel).

### **Projet de prise en charge en psychomotricité** (objectifs thérapeutiques et moyens mis en œuvre)

- Favoriser des perceptions sensorielles agréables → *en amenant son attention sur des zones corporelles non-douloureuses et sur la richesse des stimulations sensorielles lors des repas (lors de la diminution du goût et de l'odorat)*
- Prévenir les cercles vicieux d'association de douleurs-pensées ruminatives → *par la prise de conscience des pensées automatiques et par la prise de distance par rapport à celles-ci*
- Approfondir l'acceptation de la douleur et prévenir son apparition → *en adoptant une attitude d'ouverture à l'expérience et en identifiant plus rapidement les indices sensori-moteurs indiquant l'aggravation des douleurs*
- S'approprier une technique favorisant la relaxation → *en pratiquant régulièrement des temps de méditation*
- Améliorer les capacités cognitives → *en entraînant l'attention sur divers stimuli du moment présent par les exercices de méditation*

## **BILAN D'EVOLUTION**

### **Investissement de la pratique de la pleine conscience**

Mme P. a participé à toutes les séances. Lors des 4-5 premières semaines, elle a pratiqué les exercices régulièrement (plusieurs fois par semaine) pendant 45 minutes environ. Puis cette fréquence a diminué en raison d'événements extérieurs ne la rendant pas disponible pour pratiquer (vacances, arrêt du suivi psychologique qui l'a déstabilisée). Elle dit n'avoir pas réussi à prendre du recul vis-à-vis de cette impression de perte de repères liée à l'arrêt des séances EMDR et avoir

beaucoup culpabilisé à ne pas pratiquer les temps de méditation de pleine conscience au quotidien autant qu'elle l'aurait voulu.

En séance, Mme P. a toujours beaucoup verbalisé ses ressentis corporels, ses prises de conscience, son bien-être suivant les temps de méditation et ses conséquences positives sur son entourage. Elle a trouvé rapidement les postures dans lesquelles elle était plus à l'aise.

### Traitements pendant les 8 semaines

Le traitement pour l'hypercholestérolémie (ATORVASTATINE) a été diminué depuis 3 semaines, ainsi que la prise du PARACETAMOL CODEINE. Mme P. poursuit la prise d'un antidépresseur à faible dose tous les soirs (AMITRIPTYLINE) et a arrêté la prise d'anxiolytique (BROMAZEPAM). Suite à une vingtaine de séances de pratique de l'EMDR, le suivi psychologique s'est arrêté, ce qui a beaucoup perturbé Mme P.

Le médecin du sport a recommandé à Mme P. des étirements quotidiens du dos et des fessiers. Quatre séances de neurostimulation sur les bras, les fessiers et le haut des cuisses ont eu lieu.

### Résultats des questionnaires

	Bilan initial	Bilan d'évolution
Score sensori-discriminatif (QDSA)	9/36	15/36
Score affectivo-émotionnel (QDSA)	6/28	4/28
Anxiété (HADS)	10/21	7/21
Dépression (HADS)	4/21	4/21
Retentissement quotidien :	33/60	20/60
- Humeur	6/10	7/10
- Capacité à marcher	7/10	3/10
- Travail habituel	7/10	3/10
- Relation avec les autres	5/10	0/10
- Sommeil	4/10	5/10
- Goût de vivre	4/10	2/10

Au niveau **sensori-discriminatif**, nous observons sur le schéma des zones douloureuses une disparition des douleurs du bras gauche, attribuée à la neurostimulation réalisée. La douleur du dos est dorénavant localisée sous l'omoplate droite, alors qu'elle s'étalait sur toute la largeur du dos au niveau des dorsales. Mme P. ressent cette douleur comme un coup de poignard. Des douleurs au niveau des coudes sont apparues. Elles sont imputables aux effets secondaires du traitement de l'hypercholestérolémie. La localisation des douleurs thoraciques, sur la jambe gauche, à l'intersection des fessiers et des cuisses n'a pas changé.

A l' EVA, la douleur habituelle depuis les 8 derniers jours est de 4 /10, ce qui est presque identique au bilan initial (4-5/10). En position allongée elle est de 0/10, sauf lors de certains retournements

(poids de la poitrine sur la cicatrice). Elle était de 2-3/10 lors du bilan initial. Au lever, elle est de 2/10 contre 7/10 initialement.

Sur le plan **affectivo-émotionnel**, Mme P. dit avoir pris du recul face à ses réactions émotionnelles, ce qui parfois lui provoque des émotions positives alors que la situation ne l'est pas (douleurs, relations familiales difficiles à gérer).

Au niveau **cognitif**, Mme P. pense que la pleine conscience l'a aidée à prendre des décisions. Les exercices de yoga travaillés ensemble sont identiques et/ou complémentaires de ceux qui lui ont été indiqués par le médecin du sport en vue de gagner en mobilité articulaire. Mme P. trouve donc une cohérence entre les différents types de prise en charge qui lui sont proposés.

D'un point de vue **comportemental**, Mme P. s'accorde plus rapidement des temps de pause lorsque ses douleurs augmentent. Dans ce cas, elle se focalise sur sa respiration. Ces moments peuvent être brefs (10 minutes). Elle a pu observer sa douleur et la possibilité de son caractère éphémère. Enfin, elle assume mieux auprès de sa famille les temps d'isolement qu'elle consacre à la méditation ou à son bien-être général.

### **Tonus**

Mme P. montre désormais de bonnes capacités de relâchement au niveau des membres supérieurs. De légères paratonies apparaissent au niveau de la cheville gauche mais semblent être liées à la mobilisation passive qui amène une crainte de survenue d'une douleur au niveau de sa cicatrice.

### **Fonctions supérieures**

Seul le test d'attention divisée est proposé puisqu'il était déficitaire au départ. Les résultats au D2 sont les suivants :

GZ (nombre de signes vus) = 246 ce qui correspond au percentile 6 (percentile 3 au bilan initial)

GZ – F (productivité) = 240 ce qui correspond au percentile 11 (percentile 8 au bilan initial)

F% (pourcentage d'erreurs par rapport à la production) = 2,4 ce qui est supérieur au percentile 90 (idem au bilan initial)

Les résultats sont donc légèrement meilleurs en terme de vitesse d'exploration.

### **Bilan de la prise en charge psychomotrice**

La pratique de la pleine conscience a permis à Mme P. d'être plus à l'écoute de ses perceptions corporelles. Les repas en pleine conscience ont modifié son rapport à l'alimentation (perception plus fine des textures, des goûts). Elle est plus attentive aux sensations agréables de/sur

Le coping centré sur l'émotion est de 27 soit + 0,94 DS.

La recherche de soutien social est de 26 soit + 1,21 DS.

Tous les résultats correspondent à la norme moyenne des femmes. D'après ce questionnaire, nous pouvons penser que les modalités de coping de Mme T. sont variées en situation de stress.

#### **d) Composante comportementale**

Si elle le peut, Mme T. s'isole lorsqu'elle a mal (parfois pendant plusieurs heures). De plus, elle porte régulièrement une attelle au niveau de son poignet gauche pour éviter la mobilisation. Elle se déplace avec une béquille en ville, 2 béquilles quand elle ne sollicite pas ses bras. Elle est le plus souvent accompagnée lorsqu'elle sort de chez elle pour éviter d'être seule en cas de chute.

#### **Variation des douleurs au cours de la journée**

En général les douleurs sont fortes le matin, « le temps que le pied se réveille », puis elles diminuent.

#### **Traitements pharmacologiques et non-médicamenteux**

Mme T. prend du PARACETAMOL, un anti-épileptique (PREGABALINE), un antalgique non-morphinique (NEFOPAM) en fonction de la douleur, un anxiolytique (ALPRAZOLAM), 2 antidépresseurs et un somnifère (ZOLPIDEM).

Mme T. a commencé l'utilisation du TENS six mois après l'opération. Ce dispositif est efficace et elle l'utilise quotidiennement.

Elle est suivie par le psychologue du service, à raison d'une séance tous les 15 jours.

#### **Facteurs influençant la douleur**

Pour Mme T. parler de ses douleurs est un facteur de déclenchement et d'aggravation de ses douleurs. L'isolement (parfois pendant plusieurs heures) permet une diminution des douleurs, ainsi que le travail effectué avec le psychologue.

#### **Pleine conscience / Détente**

Mme T. écoute régulièrement des enregistrements de Christophe André sur son mp3, notamment pour s'endormir. Au FFMQ, les résultats sont les suivants : Facteur non-réactivité : 19/35. Facteur observation de l'expérience présente : 19/40. Facteur action en pleine conscience : 29/40. Facteur description de l'expérience présente : 21/40. Facteur non-jugement : 24/40.

## **Échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien**

Le score total est de 50/60. Mme T. ne peut porter d'objets lourds. Elle cuisine moins mais peut toujours effectuer le ménage.

### **Loisirs et vie sociale**

Quand le temps s'y prête, Mme T. va se balader au square ou va faire les boutiques avec une amie. Elle aime aussi la lecture.

## **- Évaluation psychomotrice -**

### **Motricité globale**

#### **♣ Équilibre statique**

Épreuves du Tinetti :

L'item « debout sur une jambe pendant plus de 5 secondes » est impossible des deux côtés.

L'item « objet à terre » est réussi mais l'accroupissement n'est pas maximal à cause de la chaussure orthopédique.

L'item « objet en hauteur » est réussi.

L'item « se lève d'une chaise » est réussi avec l'aide des bras.

Items inspirés du Lincoln-Oseretsky

L'équilibre bipodal sur pointes de pied est possible quelques secondes avec appui des membres supérieurs sur objet mais la posture est très inconfortable.

L'équilibre avec les pieds alignés et les yeux fermés est possible si le pied gauche est devant. Si c'est le pied droit, l'épreuve est impossible.

Mme T. présente donc des troubles de l'équilibre et des risques de chutes.

#### **♣ Équilibre dynamique / Coordinations dynamiques générales**

Mme T. marche la majorité du temps avec ses 2 cannes. Elle peut toutefois se déplacer avec une seule canne lorsqu'elle va en ville et qu'elle a besoin de libérer une main. Elle possède un monte-charge pour les escaliers.

### **Tonus de fond**

Mme T. dit qu'elle a toujours eu du mal à se relâcher. Lors de l'épreuve, elle ferme les yeux, et sa respiration est amplifiée. La mobilisation des membres supérieurs est accompagnée de paratonies au niveau de toutes les articulations, surtout à droite (hémicorps mobilisé en premier). Il en est de



même pour les membres inférieurs. La mobilité de la cheville gauche est très faible.

### **Motricité manuelle**

Au test du Purdue Pegboard, le résultat est de -1,35 DS pour la main dominante (droite) au 3e essai. L'administration de la suite des items n'est pas possible jusqu'au bout en raison de la douleur induite par le mouvement du poignet gauche.

Pour la main non-dominante le score est de -1,29 DS au 2e essai.

Pour l'épreuve des deux mains le score est de -1,38 DS au 1e essai.

Ses résultats sont dans la norme inférieure. Mme T. possède une gêne fonctionnelle liée à ses douleurs.

### **Sensibilité**

Le dossier médical rapporte une allodynie au niveau de la jambe et du pied gauche.

Mme T. décrit une hypoesthésie sur la face superficielle antérieure du pied gauche ainsi qu'au niveau antérieur de la cheville.

### **Fonctions supérieures**

Il faut préciser que le jour de la passation Mme T. a pris son anxiolytique quelques heures auparavant (vis-à-vis de son mal être en lien avec son mari, et non en vue de l'entretien).

#### **♣ Mémoire de travail visuo-spatiale**

Aux blocs de Corsi, l'empan endroit est de 6 soit -0,15 DS, ce qui est dans la norme attendue.

#### **♣ Flexibilité mentale**

L'épreuve A, du Trail Making Test, est réalisée en 83 secondes, ce qui situe Mme T. entre les percentiles 10 et 25. L'épreuve B est réalisée en 135 secondes, ce qui la situe entre les percentiles 50 et 70. Les résultats sont dans la norme attendue.

#### **♣ Attention divisée**

Au test du D2 les résultats sont les suivants :

GZ (nombre de signes vus) = 236

F (total d'erreurs) = 5

F% (pourcentage d'erreur) = 2

Mme M. ne se situe pas dans les tranches d'âge étalonnées de ce test (67 ans). Ces chiffres serviront de repères pour le re-test.

## **Évaluation de la peur de tomber par le Falls Efficacy Scale (Annexe 12)**

Face à ses antécédents de chute et à ses troubles de l'équilibre, la peur de tomber est évaluée. Le score est de 23/70, ce qui ne met pas en évidence une peur significative de la chute. Ces résultats coïncident avec les propos de Mme T.

### **Conclusion du bilan psychomoteur**

Mme T. est très affectée au niveau émotionnel et cognitif par ses douleurs mais aussi par sa situation familiale compliquée. Elle semble présenter un syndrome anxio-dépressif, auquel nous pouvons attribuer l'hypothèse d'une baisse du seuil de perception à la douleur.

Ses capacités de motricité générale sont très altérées et prédictives d'un risque de chute. Sa motricité fine est limitée par l'apparition rapide de douleurs.

Le relâchement tonique général semble être difficile à obtenir, surtout par mobilisation passive.

### **Projet de prise en charge psychomotrice** (objectifs thérapeutiques et moyens mis en œuvre)

- Prévenir les pensées ruminatives entretenant la douleur → *par l'identification et la prise de distance vis-à-vis des cognitions et des émotions.*
- Diminuer l'état anxio-dépressif → *par la relaxation induite par la pleine conscience*
- Amorcer une mobilisation corporelle non-douloureuse sollicitant les capacités d'équilibre afin de prévenir les risques de chutes → *par les exercices de yoga en pleine conscience*

## **BILAN D'EVOLUTION**

### **Investissement de la pratique de la pleine conscience**

Mme T. a participé aux 8 séances. Sa pratique quotidienne de la méditation a été dépendante de son lieu de vie. Étant chez elle, elle a réalisé les exercices presque tous les jours, mais n'a pu poursuivre lorsqu'elle est allée passer plusieurs jours chez sa fille. Dès le départ, elle a verbalisé ses ressentis et expériences lors des temps d'échanges, en revenant régulièrement sur ses soucis familiaux. Elle a été très à l'écoute des interventions des autres personnes.

## Traitements

Les traitements pharmacologiques et non-médicamenteux n'ont pas changé.

Mme T. a bénéficié d'une infiltration au pied droit lors de la semaine 4 du groupe de méditation.

## Evolution des douleurs et facteurs influençant la douleur

Suite à l'infiltration, l'intensité des douleurs a diminué puis augmenté pour atteindre un niveau supérieur. Un état émotionnel négatif (notamment la colère) chez Mme T. est un toujours un facteur d'aggravation des douleurs du pied gauche (algodystrophie). Lorsqu'elle se focalise sur sa respiration, elle obtient une meilleure régulation de ses émotions et s'apaise. Enfin, écouter les exercices de méditation basés sur les émotions et les pensées est un autre facteur de diminution des douleurs.

### Résultats des questionnaires

	Bilan initial	Bilan d'évolution
Score sensori-discriminatif (QDSA)	32/36	17/36
Score affectivo-émotionnel (QDSA)	28/28	25/28
Anxiété (HADS)	13/21	12/21
Dépression		
- HADS	13/21	8/21
- Échelle de Beck	13/39	12/39
Retentissement sur le quotidien	50/60	40/60
- Humeur	9/10	5/10
- Capacité à marcher	9/10	10/10
- Travail habituel	10/10	9/10
- Relation avec les autres	8/10	5/10
- Sommeil	8/10	7/10
- Goût de vivre	6/10	4/10

Au niveau **sensori-discriminatif**, la douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours est à 10/10 à l'EVA (9/10 au bilan initial).

Sur le plan **affectivo-émotionnel**, Mme T. a expérimenté lors des séances et à son domicile des moments de bien-être corporel, sources d'émotions positives. Toutefois, la survenue d'émotions négatives (de colère notamment) est toujours très liée avec une accentuation de son ressenti douloureux au niveau du pied gauche.

Sur le plan **cognitif**, Mme T. dit qu'elle peut être très envahie par ses pensées négatives et ruminatives, et qu'elles accentuent ses douleurs. Elle essaye de positiver mais son discours est parfois teinté de catastrophisme.

Au niveau **comportemental**, Mme T. utilise son mp3 dès qu'elle le peut pour écouter des exercices de méditation de pleine conscience. Elle évite dorénavant de sortir de chez elle, préférant que ce soit ses amies qui viennent la voir.

### **Sensibilité**

L'hypoesthésie au niveau des orteils gauches semble s'être améliorée d'après Mme T. Toutefois, une allodynie persiste au niveau de la jambe et du pied gauches.

### **Tonus de fond**

Comme lors du bilan initial, Mme T. dit qu'elle a toujours eu du mal à se relâcher. Lors de l'épreuve, elle ferme les yeux, et sa respiration est amplifiée. Au niveau du bras droit, tous les mouvements sont accompagnés par des paratonies. Le relâchement est de meilleure qualité au niveau du bras gauche et des jambes mais des paratonies persistent, ce qui est identique au bilan initial. La tendance à l'hypertonie persiste.

### **Fonctions supérieures**

A l'épreuve du Trail Making Test, le temps est de 68 secondes pour l'épreuve A, ce qui la situe entre les percentiles 25 et 50, comme dans le bilan initial. A l'épreuve B le temps est de 222 secondes ce qui correspond aux percentiles 10 et 25 (résultats entre les percentiles 50 et 70 au bilan initial). Mme T. a réalisé 2 erreurs, ce qui correspond au percentile 10. Ces résultats sont moins bons que lors du bilan initial mais il faut préciser que la passation a été interrompue par un intervenant extérieur et que Mme T. ne possédait pas ses lunettes, lui permettant d'avoir une vision de près correcte.

C'est pour cette dernière raison que la passation du re-test d'attention divisée n'a pas été possible.

### **Bilan de la prise en charge psychomotrice**

Malgré ses difficultés à se déplacer, Mme T. est venue à chaque séance. Le maintien de certaines postures (notamment debout) a été limité par ses douleurs, ce à quoi il lui a été proposé des exercices adaptés à ses capacités. Les exercices de yoga lui ont permis de réaliser des mouvements qu'elle pensait impossibles. Une amélioration du relevé des transferts au sol a été observable au cours des séances. Toutefois, Mme T. présente une instabilité posturale importante en position debout dans les cannes.

Elle a pu accéder à des moments de relaxation, selon les séances et le contenu des exercices proposés. La focalisation sur la respiration est un exercice qu'elle utilise de façon autonome dans son quotidien pour calmer ses douleurs et son angoisse.

Lors d'événements ou de périodes stressantes, les exercices de pleine conscience sont difficilement réutilisables pour Mme T. Elle arrive à se focaliser sur le moment présent pendant les séances de groupe mais ses pensées ruminatives (préoccupations familiales) reviennent très rapidement et la rendent triste.

Les échelles d'évaluation montrent une diminution sensible du score sensori-discriminatif de la douleur et un moindre impact de la douleur sur le fonctionnement quotidien.

Mme T. souhaite poursuivre les séances.

# DISCUSSION

Revenons ici sur les résultats obtenus lors des re-tests.

## **Mme M.**

Dans le bilan initial, il se trouve que Mme M. mentionnait une impression de contraction permanente du dos et de la mâchoire. Lors des dernières séances et au moment du re-test, elle a mentionné avoir pris conscience plus rapidement de ses tensions musculaires et appris à mieux les relâcher, notamment grâce à l'exercice du **scan corporel**. Bien que ses ressentis n'aient pu être objectivés lors du bilan, la pratique de la pleine conscience aura répondu à un des objectifs de Mme M. en terme de prévention de la douleur.

Toutefois, il aurait été intéressant d'obtenir le compte-rendu de la consultation chez le neurologue afin de pouvoir affirmer le diagnostic de migraine ou le diagnostic de migraine *et* de céphalées de tension concomitantes (notamment suspectées par la présence de douleurs bilatérales et de crises d'intensité moyenne fréquentes). Le diagnostic de céphalées de tension aurait alors pu orienter la poursuite de la prise en charge vers une attention plus spécifique sur le **relâchement tonique**.

Un autre des objectifs de Mme M. était de pouvoir mieux gérer ses pensées et son angoisse au moment d'une crise douloureuse. Toutefois, elle dit ne pas avoir ré-utilisé les exercices proposés en situation de migraine. Il en est de même lors de la période de stress qu'elle a vécu aux alentours de la semaine 4 (elle préparait un concert important). Mme M. dit pourtant que lorsqu'elle pratiquait la pleine conscience en séance, elle percevait des bénéfices, dont un apaisement. Elle n'a cependant pas ré-utilisé les exercices proposés comme technique de **régulation émotionnelle**. A travers le cas de Mme M. et des autres patientes du groupe, j'ai remarqué que les exercices de méditation de pleine conscience semblent accessibles lors de conditions favorables (absence d'événement stressant ou une intensité faible de douleur par exemple) mais peu mobilisables lors de conditions adverses (douleur sévère ou événement de vie inattendu). Il serait alors peut être nécessaire d'orienter la suite de la prise en charge de Mme M. sur l'évaluation et la gestion émotionnelle des crises douloureuses.

De plus, bien que les séances aient duré **8 semaines**, comme le programme MBSR qui a été beaucoup étudié dans les méta-analyses (Baer, Kabat-Zinn, Grossman, Veehof), il semble d'après cette expérience clinique que cette durée ne soit qu'un minimum à la découverte de la pleine conscience et à son appropriation. Rappelons ici que les exercices abordés au cours des 8 semaines sont proches de ceux contenus dans le programme MBSR mais ont été adaptés à l'évolution des patientes et aux objectifs de prise en charge psychomoteurs.

Concernant Mme M. il faut rappeler que sa fréquence de pratique a diminué au fil des semaines et qu'elle décrit une recrudescence de stress important lié à son activité professionnelle. Ces données permettent peut-être de comprendre pourquoi certaines mesures ont augmenté (score sensori-discriminatif, score affectivo-émotionnel, anxiété et retentissement quotidien de la douleur).

A ses dires, Mme M. trouve cependant qu'elle arrive désormais à prendre plus de distance face à ses angoisses, ses émotions et ses pensées. Nous pourrions supposer que cela se traduirait à travers les résultats des questionnaires. Comment alors interpréter l'écart entre son ressenti et les scores chiffrés ? C'est ici toute la question de l'**évaluation** qui me semble mise en jeu. Comment mesurer le phénomène de re-perception (cf page 35) et ses répercussions émotionnelles, cognitives et comportementales ?

La douleur étant un phénomène éminemment subjectif, il semble nécessaire de rester prudent quant à l'interprétation des résultats chiffrés obtenus. Nous pouvons nous questionner sur la véritable nature de ce que l'on mesure lorsqu'on évalue la douleur.

Pour Mme M., l'analyse de la douleur de la migraine a confondu dans les questionnaires ses migraines et ses douleurs dorsales (score sensori-discriminatif par exemple). Il serait alors nécessaire de distinguer les 2 et de mieux évaluer l'anxiété, notamment au moment des **crises douloureuses**.

Enfin, il est difficile de savoir si l'amélioration des résultats au test de **flexibilité mentale** est imputable à la pratique de la pleine conscience, ou à une meilleure gestion du stress, ou à tout autre facteur extérieur. L'utilisation de ce test dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique est à questionner. Nous avons vu dans la partie théorique que les personnes souffrant de douleurs chroniques possèdent, de manière générale, de moindres capacités de flexibilité mentale, et que ces capacités sont corrélées à l'intensité de la douleur. Il est donc nécessaire de prendre en compte l'intensité de la douleur au moment de la passation du test. Nous pouvons faire l'hypothèse que de bonnes capacités de flexibilité mentale constituent un facteur important d'ajustement au stress et une meilleure gestion de la douleur. Il serait intéressant d'effectuer de plus amples recherches dans ce domaine afin de savoir comment aborder la prise en charge psychomotrice de la flexibilité mentale, et savoir si ces compétences peuvent être améliorées par des exercices de méditation de pleine conscience.

### **Mme P.**

La modification des zones douloureuses et l'augmentation du score sensori-discriminatif semblent être chez cette patiente directement liées aux effets de ses traitements médicamenteux et aux séances de neurostimulation. En revanche, tous les autres scores d'évaluation de la douleur ont diminué et peuvent être mis en corrélation avec les propos de Mme P. concernant le rapport qu'elle

entretien avec sa douleur depuis la pratique de la pleine conscience. Mme P. est dorénavant plus à l'écoute de ses besoins (elle arrête ses activités plus rapidement quand elle a des douleurs) et dit prendre du recul face à ses émotions et pensées. Cette prise de distance l'aide à prendre des décisions, ce qui était un de ses objectifs. Un autre élément important qu'elle mentionne est celui d'un apaisement dans ses relations familiales. A l'échelle retentissement de la douleur sur le quotidien, l'item « relations avec les autres » est celui qui a le plus diminué (il passe de 5/10 à 0/10). Le score total montre une diminution marquée (de 33/60 à 20/60).

De plus, les différents exercices proposés ont permis d'aborder d'autres domaines de la psychomotricité de Mme P. Face à ses vertiges, elle a remarqué qu'adopter une posture particulière pendant les exercices de méditation lui a permis de se « recentrer » et de trouver un **axe corporel** stabilisateur. Nous pouvons faire référence à la notion d'axe référentiel spatial qui « étaye la perception/construction de l'espace ainsi que l'investissement de celui-ci. L'axe sert de référence dans l'organisation corporelle entre avant/arrière, droite/gauche. » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011)

### **Mme T.**

Les séances ont permis d'aborder les difficultés motrices de Mme T. par l'intermédiaire des exercices de yoga en pleine conscience. Au départ, lors des passages de la position debout à la position allongée au sol sur un tapis, Mme T. avait besoin d'aide technique (chaise) et ses mouvements étaient peu assurés. Au regard des sollicitations proposées et de sa motivation, nous avons pu faciliter les **transferts** au sol, mobilisant une recherche de stratégies posturales adaptées et réutilisables en cas de relevé de chute.

Concernant la prise en charge de ses **troubles de l'équilibre**, rappelons que Mme T. a arrêté les séances de kinésithérapie et sort de moins en moins de chez elle. La sédentarité, une faible mobilisation articulaire et des troubles de l'équilibre sont des facteurs de risques de chutes. La pratique hebdomadaire du yoga a donc incité Mme T. à sortir de chez elle, à entretenir ses capacités de marche et d'équilibre, et à entretenir une mobilisation corporelle non-douloureuse. Les tests portant sur les capacités motrices n'ont pas été repassés en raison du faible nombre de séances ayant porté sur des exercices de yoga au moment du re-test. Ils seront réalisés après des séances complémentaires.

Un des autres objectifs de travail était de réduire l'état anxio-dépressif en proposant des temps de **relaxation**. Lors des séances, Mme P. a pu accéder à un état de détente cliniquement observable et dont elle a témoigné verbalement. Elle a particulièrement investi les exercices de respiration qu'elle utilise afin de réguler ses émotions (colère suite à une dispute, angoisse après une



chute dans le métro par exemple) et donc limiter l'augmentation de ses douleurs (il faut rappeler qu'elle identifie un lien direct entre les douleurs de son pied gauche algodystrophique et des émotions négatives et préoccupations). Nous pouvons supposer que la diminution du score sensori-discriminatif (de 32/36 à 17/36) soit lié au travail de relaxation. La réduction de ces scores peut aussi être liée à l'infiltration dont elle a bénéficié et à son suivi psychologique. Notons que les scores d'anxiété et de dépression n'ont pas diminué de manière significative.

Enfin, le troisième axe de travail sur la prévention des **pensées ruminatives** est celui qui a été le moins abordé. Mme T. dit avoir réussi à se focaliser sur l'instant présent selon les exercices proposés en séance, mais ses préoccupations familiales semblent toujours être majeures, dès la fin des exercices et dans son quotidien. Le suivi psychologique semble être complémentaire sur ce domaine.

### **Réflexions issues de la démarche psychomotrice illustrée par ces 3 patientes**

Tout d'abord, revenons sur la difficulté de l'**évaluation**. En premier lieu, celle de la douleur, qui semble majeure pour saisir la problématique des patients et l'ancrer dans une analyse psychomotrice. Le travail effectué a essayé de tenir compte des différentes composantes de la douleur mais reste discutable, au regard de la multiplicité des facteurs intervenant dans la perception douloureuse (émotions, traitements pharmacologiques, douleurs multiples chez un même patient, etc) et de la variété des pathologies rencontrées.

Il a aussi essayé de tenir compte des « caractéristiques des interactions, des relations avec l'environnement matériel et humain ainsi que leurs régulations en lien avec la psychomotricité du sujet » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

C'est pourquoi l'évaluation initiale s'est voulue globale : évaluation de la douleur, aspects psychomoteurs en lien avec la douleur, capacités de pleine conscience, coping, retentissement quotidien et relationnel. L'objectif était de mesurer les différents aspects de la psychomotricité des patients ainsi que l'influence de la pratique de la pleine conscience sur ces différents domaines.

De plus, il a été difficile d'établir un **bilan psychomoteur**, et ce pour plusieurs raisons. D'abord parce que le travail du psychomotricien est peu répandu auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques. Les données bibliographiques concernant l'évaluation et la prise en charge psychomotrice de la douleur sont rares. L'absence de poste de psychomotricien sur mon lieu de stage ne m'a pas permis de passer par une phase d'observation de la pratique psychomotrice. Il a donc fallu créer très rapidement mes propres outils. Ensuite parce qu'il existe peu de tests étalonnés

sur les adultes en France. La comparaison à une norme doit alors être délaissée au profit d'une évaluation fonctionnelle (notamment de la douleur et des aspects moteurs) et qualitative. Enfin, il n'a pas été facile de savoir si les difficultés psychomotrices constatées étaient de l'ordre de la personnalité du sujet (anxiété-trait, anxiété-état) ou consécutives à la douleur. L'interrogatoire doit alors cibler davantage la comparaison entre le fonctionnement antérieur du sujet à la douleur et le fonctionnement actuel (quand cela est possible).

Par ailleurs, la **fonction de la douleur** dans l'économie psychique du sujet est une notion qu'il m'a été difficile de relier à la pratique. Le rôle de la douleur « peut représenter une protection pour celle-ci, ou avoir une fonction identitaire » (Allaz, 2003). Si cette affirmation est surprenante au premier abord, elle a été décrite par de nombreux auteurs et se pose rapidement lorsqu'on côtoie les patients du centre anti-douleur. On peut alors se demander quelle est la véritable demande du patient, quelles sont les facteurs de maintien de sa douleur et quelle est sa disponibilité pour s'engager dans sa prise en charge.

Pour l'évaluation des effets de la pratique de la pleine conscience, je me suis basée sur les hypothèses des modèles théoriques. C'est pourquoi j'ai utilisé le FFMQ (questionnaire de pleine conscience) ainsi que le MOS-36 et le MPI (questionnaires portant sur divers thèmes de la qualité de vie). Les autres domaines particulièrement intéressants dans la prise en charge de la douleur chronique (relaxation et régulation émotionnelle) n'ont pu être abordés que par la subjectivité des patientes. Les séances de pleine conscience allant se poursuivre, certains questionnaires seront ré-évalués après 3 mois de pratique (MOS-36, MPI, FFMQ). Cependant, la pluridisciplinarité des prises en charge de chaque patiente constitue le premier écueil dans la démarche de **test / re-test**. L'attribution de l'amélioration ou de la dégradation d'un paramètre, suite à la prise en charge psychomotrice par la pleine conscience, est limitée par les multiples facteurs intervenant dans la vie du sujet. L'interprétation des résultats a essayé de tenir compte et de mettre en lien les différents facteurs ayant pu intervenir sur les paramètres évalués. Toutefois, ces résultats n'ont aucune valeur généralisable. Il s'agit d'une expérience clinique brève qui mériterait d'être approfondie.

Au terme des 8 séances, je dirai que le travail de **pleine conscience en mouvement** a été complémentaire des exercices de méditation en posture immobile dans l'approche psychomotrice de ces patientes. La variété des exercices proposés a permis à chacune d'expérimenter de nouvelles modalités de relaxation, de gestion de la douleur et de bien-être. Le travail de focalisation sur la respiration a été pour toutes les participantes le moyen d'apaisement et de concentration sur l'instant présent le plus accessible.

Les modalités de prises en charge proposées peuvent être interrogées. En effet, le **groupe** permet de créer une dynamique, de favoriser les échanges entre personnes souffrant de pathologies identiques ou proches, ce qui a été apprécié par les six patientes que j'ai suivi. Cependant, toutes les participantes n'ont pas évolué au même rythme, et auraient peut-être eu besoin de pratiquer plus longtemps certains exercices ou d'en approfondir d'autres en fonction de leur projet de soin. Cela pose la question de l'homogénéité des projets thérapeutiques et des profils des patients au sein du groupe.

Pour finir, n'oublions pas que la population de patients accueillie en centre anti-douleur est très hétérogène. L'échantillon de patientes présenté ici ne reflète pas la variété des pathologies et des personnalités que j'ai pu rencontrer.

Au regard de l'évolution du groupe que j'ai suivi, je pose l'hypothèse que la pleine conscience est plus accessible aux patients souffrant de douleurs chroniques modérées, ayant déjà effectué un travail d'acceptation de la douleur (personnel ou en psychothérapie) et curieux des méthodes de gestion mentale de la douleur. Elle semble intéressante comme stratégie thérapeutique à long-terme, pour des patients disponibles et désireux de s'approprier un outil dont les retombées ne sont pas immédiates et nécessitent une rigueur de pratique. La prise en charge psychomotrice de la douleur doit donc comprendre d'autres outils afin de s'adapter à divers profils de patients et d'attentes.

# CONCLUSION

Suite à cette expérience clinique brève (4 mois de stage), je dirai que ce travail n'est qu'une ébauche de réflexion théorico-clinique de la prise en charge psychomotrice de la douleur chronique par la pleine conscience.

Il me semble que cette médiation est intéressante pour le psychomotricien, à condition de se l'être approprié et de cibler des objectifs spécifiques. Elle permet d'aborder certaines composantes de la douleur, mais aussi et surtout les facteurs personnels (angoisse, dépression, limitation fonctionnelle, etc) et environnementaux (stress, relations inter-personnelles, etc) qui influencent la douleur.

Lors de mon stage, elle a correspondu à des attentes de gestion mentale de la douleur dans le parcours de soins de certains patients, ce qui légitimerait sa place dans une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique. Telle qu'elle a été proposée, elle a permis d'aborder différents domaines de la psychomotricité. Toutefois, il ne s'agit qu'une des médiations possibles dans l'approche psychomotrice de ces patients.

Un futur travail pourrait consister à cibler l'effet de la pleine conscience sur un domaine particulier (la régulation émotionnelle, l'attention, les capacités motrices, la gestion du stress, la relaxation, le niveau d'anxiété, etc).

Le bilan psychomoteur mériterait aussi de faire l'objet d'une réflexion spécifique.

Je terminerai par poser la question de la représentation du corps. Comment envisager les notions de Corps Perçu, de Corps Vécu, de Corps Représenté d'Ajuriaguerra ou les notions d'image du corps et de schéma corporel ? Aux vues de la pluralité des conceptions sur les représentations du corps, il était difficile d'aborder ces notions dans ce mémoire. Toutefois, il semblerait tout à fait pertinent de s'y pencher, et d'interroger leurs liens avec la pleine conscience.

# BIBLIOGRAPHIE

Albaret, JM. (2011). Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence. In P. Scialom, F. Giromini & JM. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp.253-286). Marseille : Solal.

Allaz, A-F. (2003). Introduction. In Allaz A-F, *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. (7-13). Paris : Institut UPSA de la douleur.

Aguerre, C. (2012). Psychologie de la santé et traitement cognitivo-comportemental de la douleur chronique. In Laroche F. & Roussel P.(Eds), *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 29-38). Paris : In press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC : American psychiatric association.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.

Boccard, E., & Deymier, V. (2006). *Pratique du traitement de la douleur*. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.

Bodin, L. (2009). *Fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique*. Paris : Éditions du dauphin

Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness). *Psychothérapies*, 31(3), 167-174.

Bouhassira, D., Lantéri-Minet, M., Attal, N., Laurent, B., & Touboul, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136(3), 380-387.

Bouhassira, D. & Attal N. (2012) Douleurs neuropathiques, 2e édition. Arnette : Pays-Bas  
Collègue des enseignants de neurologie. (2015). <http://www.cen-neurologie.fr/1er-cycle/propedeutique/analytique/cephalees/index.phtml>

Devault, A. (2012). Pourquoi chercher ailleurs? *Empan*, (2), 79-84.

Eureka Santé. (2015). <http://www.eurekasante.fr/maladies/douleurs-fievres/maux-tete-migraine.html?pb=traitements-migraine>

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.

Gaillard, A. (2014). Douleur morale, douleur physique: mécanismes neurobiologiques et traitement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 172, No. 2, pp. 104-107). Elsevier Masson.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.

Haute Autorité de Santé. (2009). *Douleurs chroniques : les aspects organisationnels, le point de vue des structures spécialisées*. Service évaluation économique et santé publique .

Haute Autorité de Santé. (2008). *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques: Analyse économique et organisationnelle, rapport d'orientation*. Service évaluation médico-économique et santé publique.

Heeren, A., & Philippot, P. (2009). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.

Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training : effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of behavioral medicine*, 33(1), 11-21.

Kabat-Zinn, J. (2012). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR ou réduction du stress basée sur la mindfulness*. Paris : J'ai Lu.

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Karp, J. F., Reynolds III, C. F., Butters, M., Dew, M. A., Mazumdar, S., Begley, A. E., ... & Weiner, D. K. (2006). Correlates of Neuropsychological Impairment in Older Adult Pain Clinic Patients. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 7(5), 444.
- Lanteri-Minet, M. (2013). Douleurs chroniques: Une prévalence très élevée, mais il est possible de soulager une très grande majorité de patients. *La Revue du praticien*, 63(6), 771-772.
- Legrain, V. (2008). La modulation de la douleur par l'attention. Les apports de la neurophysiologie. *Douleur et Analgésie*, 21(2), 99-107.
- Ministère de la Santé et des Sports. (2010). *Diplôme d'État de psychomotricien, référentiel d'activités*.
- Ministère de la Santé et des Sports. (2010). *Diplôme d'État de psychomotricien, référentiel de compétences*.
- Moroni, C., & Laurent, B. (2006). Influence de la douleur sur la cognition. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4(1), 21-30.
- Moulin, J-F. et Bourreau, F. (2011). Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité. In Cedraschi, C., Pigué, V., Luthy, C., Rentsch, D., Desmeules, J., & Allaz, A. F. *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Institut UPSA de la douleur
- Muzellec, C. (2008). L'approche thérapeutique basée sur la pleine conscience (mindfulness) Un champ d'application possible en psychomotricité. *Entretiens de Bichat*
- Palmaricciotti, V., Salamun, I., Malaise, N., Celentano, J., & Faymonville, M. E. (2011). De la théorie au pragmatisme d'une conception postmoderne de la motivation dans l'éducation thérapeutique des patients douloureux chroniques. *Douleur et analgésie*, 24(1), 50-54.
- Radat, F. (2014). Stress et douleur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 172, No. 2, pp. 108-110). Elsevier Masson.

- Radat, F. (2012). Efficacité des thérapies comportementales et cognitives dans le traitement des céphalées. In F. Laroche & P. Roussel (Eds), *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 79-86). Paris : In press.
- Rimasson, D. E. & Gay, M. C. (2012). Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique: état de la question. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 3, pp. 163-168). Elsevier Masson.
- Robert-Ouvray, S. & Servant-Laval, A. (2011). Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, F. Giromini & JM. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp.253-286). Marseille : Solal.
- Roussel, P. & Dossetto N. (2012). Efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des douleurs neuropathiques. In F. Laroche & P. Roussel (Eds). *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 87-98). Paris : In press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Satger, B., & Blaise, S. (2011). Les principes de l'éducation thérapeutique du patient. *Douleur et analgésie*, 24(4), 184-188.
- Serra, E. & Monestès, JL. (2012). Histoire des thérapies cognitives et comportementales de la douleur : les modèles. In F. Laroche & P. Roussel (Eds). *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives* (pp. 17-28). Paris : In press.
- Serra, E. (2003). Douleur et psychiatrie: les principaux syndromes. In Allaz AF. *Aspects psychologiques de la douleur chronique* (43-64). Paris : Institut UPSA de la douleur
- Schmidt, RF., & Willis WD (2007). *Encyclopedia of pain*. New-York : Springer
- Société Française de Rhumatologie. (2015). <http://www.rhumatologie.asso.fr/04-Rhumatismes/grandes-maladies/0F-dossier-fibromyalgie/sommaire-fibromyalgie.asp>
- Thompson, M., & Dunford, E. (2010). *Relaxation and mindfulness in pain : a review*. Reviews in Pain. 4, 18-23.



Tunks, E. R., Crook, J., & Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity : prevalence, risk, course, and prognosis. *Canadian journal of psychiatry*, 53(4), 224-234.

Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *PAIN*, 152(3), 533-542.

Villemure, C., & Bushnell, M. C. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?. *Pain*, 95(3), 195-199.

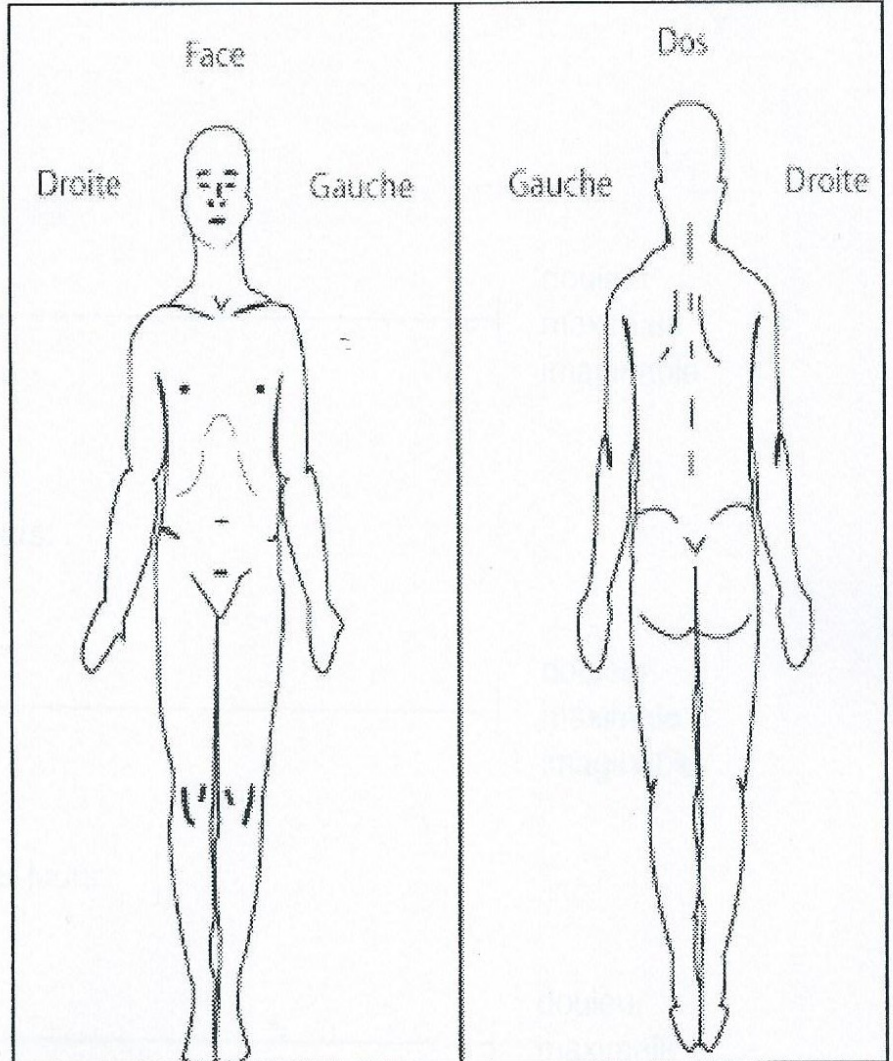
## Annexe 1

### SCHEMA DES ZONES DOULOUEUSES

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un "S" pour une douleur près de la surface de votre corps ou un "P" pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un "I" à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



## Annexe 2

### ECHELLE DU RETENTISSEMENT EMOTIONNEL (HAD)

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

		<b>Je me sens tendu ou énervé :</b>
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b>
	0	oui, tout autant
	1	pas autant
	2	un peu seulement
	3	presque plus
		<b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b>
	3	oui, très nettement
	2	oui, mais ce n'est pas grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		<b>Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b>
	0	autant que par le passé
	1	plus autant qu'avant
	2	vraiment moins qu'avant
	3	plus du tout
		<b>Je me fais du souci :</b>
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement
		<b>Je suis de bonne humeur :</b>
	3	jamais
	2	rarement
	1	assez souvent
	0	la plupart du temps

		<b>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :</b>
	0	oui,quoi qu'il arrive
	1	oui,en général
	2	rarement
	3	jamais
		<b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b>
3		presque toujours
2		très souvent
1		parfois
0		jamais
		<b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b>
	0	jamais
	1	parfois
	2	assez souvent
	3	très souvent
		<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b>
3		plus du tout
2		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		j'y prête autant attention que par le passé
		<b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b>
	3	oui ,c'est tout à fait le cas
	2	un peu
	1	pas tellement
	0	pas du tout
		<b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b>
0		autant qu'aujourd'hui
1		un peu moins qu'avant
2		bien moins qu'avant
3		presque jamais
		<b>J'éprouve des sensations soudaine de panique :</b>
	3	vraiment très souvent
	2	assez souvent
	1	pas très souvent
	0	jamais
		<b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio, ou de télévision :</b>
0		souvent
1		parfois
2		rarement
3		très rarement
<b>D</b>	<b>A</b>	

### Annexe 3

## QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT-ANTOINE (QDSA), FORME ABRÉGÉE

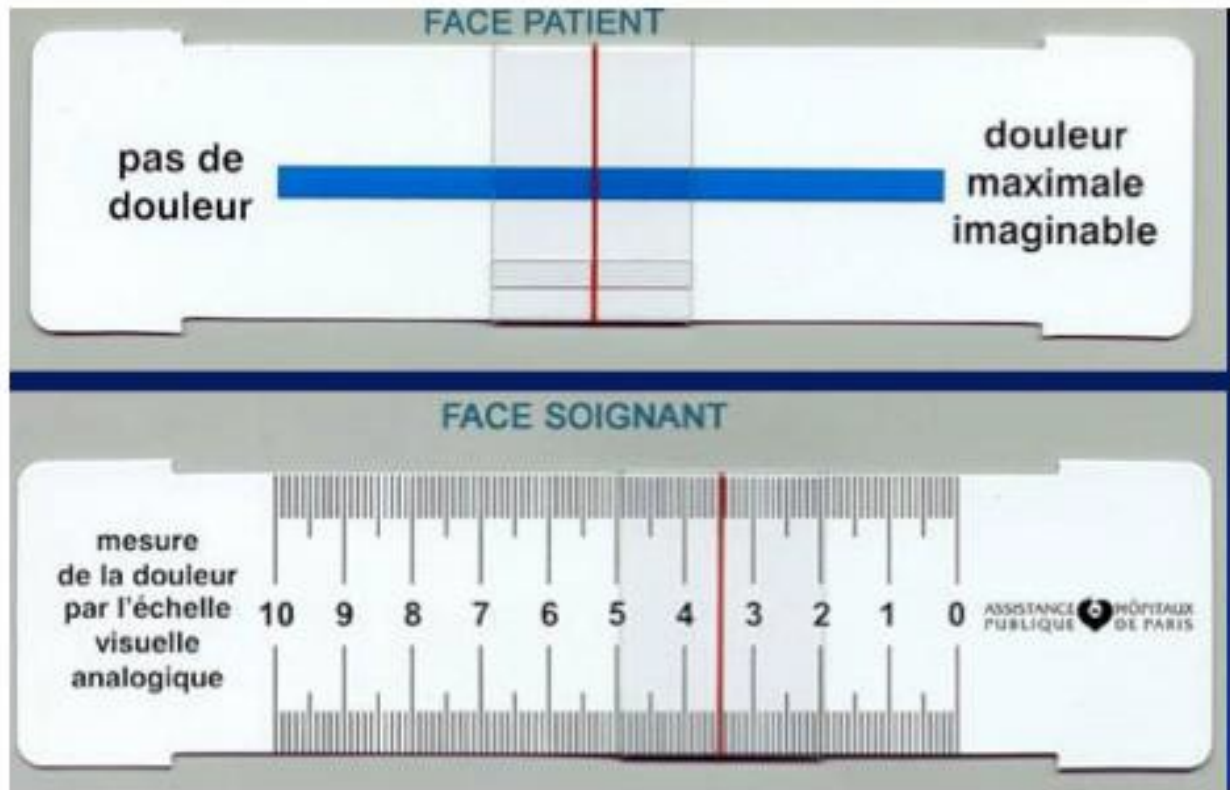
La présentation du QDSA forme abrégée a été extraite de l'article de F Boureau (41).

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

## Annexe 4

### ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



## Annexe 5

### ECHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

## Annexe 6

<b>Nom :</b>	<b>Étiquettes du patient</b>
<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Service :</b>	
<b>Hôpital/Centre MPR :</b>	
<b>Examineur :</b>	
<b>Date du jour :</b>	

1/ **D**ans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 : excellente.
- 2 : très bonne.
- 3 : bonne.
- 4 : médiocre.
- 5 : mauvaise.

2/ **P**ar rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

- 1 : bien meilleur que l'an dernier.
- 2 : plutôt meilleur.
- 3 : à peu près pareil.
- 4 : plutôt moins bon.
- 5 : beaucoup moins bon.

3/ **V**oici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

Listes d'activités	OUI beaucoup limité(e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
<b>A</b>			
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	1	2	3
<b>B</b>			
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
<b>C</b>			
Soulever et porter les courses	1	2	3
<b>D</b>			
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
<b>E</b>			
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
<b>F</b>			
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
<b>G</b>			
Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
<b>H</b>			
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
<b>I</b>			
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
<b>J</b>			
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3



4 / **A** u cours de ces quatre dernières semaines,  
et en raison de votre état physique

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
<b>B</b>		
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
<b>C</b>		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
<b>D</b>		
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5 / **A** u cours de ces quatre dernières semaines,  
et en raison de votre état émotionnel  
[comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)]

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
<b>B</b>		
Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
<b>C</b>		
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6 / **A** u cours de ces quatre dernières semaines,  
dans quelle mesure votre état de santé, physique  
ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale  
et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis  
ou vos connaissances ?

- 1 : pas du tout.
- 2 : un petit peu.
- 3 : moyennement.
- 4 : beaucoup.
- 5 : énormément.



<b>G</b>						
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>H</b>						
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
<b>I</b>						
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6



10/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

- 1 : en permanence.
- 2 : une bonne partie du temps.
- 3 : de temps en temps.
- 4 : rarement.
- 5 : jamais.

11/ **I**ndiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
<b>A</b> Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
<b>B</b> Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
<b>C</b> Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
<b>D</b> Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5



## Annexe 7

### MULTIDIMENSIONAL PAIN INVENTORY (MPI)

5. Dans quelle mesure votre conjoint/e vous soutient-il/elle ou vous aide-t-il/elle relativement à votre douleur ?

0 1 2 3 4 5 6  
Aucun soutien Très grand soutien

6. Évaluez votre humeur globale pendant la semaine qui vient de s'écouler

0 1 2 3 4 5 6  
Très mauvaise humeur Très bonne humeur

7. Dans quelle mesure la douleur nuit-elle à votre sommeil ?

0 1 2 3 4 5 6  
Ne nuit pas du tout Nuit énormément

8. En général, quelle était l'intensité de votre douleur pendant la semaine qui vient de s'écouler ?

0 1 2 3 4 5 6  
Aucunement intense Extrêmement intense

9. À quel point pouvez-vous prédire le moment où votre douleur commencera, diminuera ou augmentera ?

0 1 2 3 4 5 6  
Incapable de prédire Très capable de prédire

10. À quel point la douleur a-t-elle changé votre capacité à participer à des activités sociales ou de loisirs ?

0 1 2 3 4 5 6  
Aucun changement Énormément de changement

11. Dans quelle mesure limitez-vous vos activités afin d'éviter que la douleur s'aggrave ?

0 1 2 3 4 5 6  
Ne limite pas du tout Limite énormément

12. À quel point votre douleur a-t-elle changé le niveau de satisfaction ou de plaisir que vous retirez des activités familiales ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

13. Dans quelle mesure votre conjoint/e s'inquiète-t-il/elle de vous à cause de votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
Ne s'inquiète pas du tout						S'inquiète énormément

14. Pendant la **semaine qui vient de s'écouler**, avez-vous l'impression d'avoir eu la maîtrise de ce qui s'est passé dans votre vie et jusqu'à quel point ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucune maîtrise						Excellente maîtrise

15. Au cours d'une journée, à quel point votre douleur varie-t-elle (augmente ou diminue) ?

0	1	2	3	4	5	6
Ne varie pas du tout						Varie énormément

16. Quel est le degré de souffrance que vous ressentez à cause de votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucune souffrance						Énormément de souffrance

17. À quelle fréquence pouvez-vous faire quelque chose qui aide à diminuer la douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

18. À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations avec votre conjoint/e ou votre famille ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

19. Dans quelle mesure la douleur a-t-elle changé le niveau de satisfaction ou de plaisir que vous procure votre travail ? ( Cocher ici si vous ne travaillez pas actuellement)

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

20. À quel point votre conjoint/e vous donne -t-il/elle de l'attention à cause de votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
N'est pas attentif/ve					Extrêmement attentif/ve	

21. Pendant la **semaine qui vient de s'écouler**, dans quelle mesure avez-vous l'impression d'avoir pu faire face à vos problèmes ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout					Énormément	

22. À quel point croyez-vous maîtriser votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucune maîtrise					Grande maîtrise	

23. À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité d'accomplir les tâches domestiques ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement					Énormément de changement	

24. Pendant la **semaine qui vient de s'écouler**, à quel point avez-vous réussi à faire face aux situations stressantes dans votre vie ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout réussi					Extrêmement bien réussi	

25. Dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle empêché de planifier des activités ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout empêché					Beaucoup empêché	

26. Pendant la **semaine qui vient de s'écouler**, à quel point avez-vous été irritable ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout irritable					Extrêmement irritable	

27. Dans quelle mesure la douleur a-t-elle changé vos relations amicales avec les gens autres que votre famille ?

0	1	2	3	4	5	6
Aucun changement						Énormément de changement

28. Pendant la semaine qui vient de s'écouler, à quel point avez-vous été tendu/e ou anxieux/se ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout tendu/e ou anxieux/se						Extrêmement tendu/e ou anxieux/se

## Annexe 8

### QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK (BDI)

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux

3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision

2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

---

Le sujet peut entourer plusieurs propositions dans un item : il faut tenir compte de la cote la plus importante dans un même item afin de calculer la note globale (maximum 39).

– 0-4 : pas de dépression ;

– 4-7 : dépression légère ;

– 8-15 : dépression modérée ;

– 16 et plus : dépression sévère.



## Annexe 9

### FIVE FACETS MINDFULNESS QUESTIONNAIRE (FFMQ)

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Inscrivez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>jamais ou très</b>	<b>rarement vrai</b>	<b>parfois vrai</b>	<b>souvent vrai</b>	<b>très souvent ou</b>
<b>rarement vrai</b>				<b>toujours vrai</b>

1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelque façon distrait(e).
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.
13. Je suis facilement distrait(e)
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.
17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.

23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.
35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.

## Annexe 10

### WAYS OF COPING CHECK LIST (WCC) (Lazarus et Folkman, 1984)

1. Décrivez une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement contrarié) :  
.....
2. Par rapport à cette situation que vous venez de décrire, vous diriez qu'elle était de...  
Niveau de stress faible  
Niveau de stress moyen  
Niveau de stress élevé
3. Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face au problème que vous venez de décrire

*(Cochez la case qui correspond à votre réponse dans les colonnes de droite)*

	Non	Plutôt	Plutôt	Oui
	Non	Non	Oui	Oui

1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais
5. J'ai souhaiter pouvoir changer ce qui est arrivé
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.
7. J'ai changé positivement.
8. Je me suis sentie mal de ne pouvoir éviter le problème.
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.
10. J'ai pris les choses une par une.
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait.
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.
13. Je me suis concentrée sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.
14. Je me suis culpabilisé.
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.
16. Je suis sorti plus fort de la situation.
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.
19. J'ai changé les choses pour que tout puisse bien finir.
20. J'ai essayé de tout oublier.
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler.
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.

Les scores sont obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension, soit les regroupements suivants :

- coping centré sur le problème : items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27
- coping centré sur l'émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26
- recherche de soutien social : 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24

	Coping problème		Coping émotion		Recherche soutien	
	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type
Hommes (N=221)	28,04	5,71	20,22	5,49	25,5	5,04
Femmes (N=247)	27,79	6,78	21,70	5,60	20,2	4,76

# Annexe 11

## Calendrier des événements agréables

<b>CALENDRIER DES EVENEMENTS AGREABLES</b>						
Quelle a été l'expérience	Avez-vous pris conscience de sensations agréables pendant l'évènement	Décrivez en détail ce que vous avez ressenti dans votre <b>corps</b> .	Quelles <b>émotions</b> accompagnaient cet évènement.	Quelles <b>pensées</b> accompagnaient cet évènement ?	Quelles pensées vous viennent à l'esprit maintenant que vous racontez cet évènement ?	
LUNDI						
MARDI						
MERCREDI						
JEUDI						

# Annexe 12

## Falls Efficacy Scale

Nom : .....

Date : .....

Sur une échelle de 1 à 10 (1= je suis très confiant et 10 = je ne suis pas du tout confiant)  
pouvez vous qualifier la confiance que vous avez pour réaliser les activités suivantes sans  
tomber ?

Activités	Score 1= je suis très confiant 10 = je ne suis pas du tout confiant
Prendre un bain ou une douche	
Attraper des objets dans un placard	
Marcher autour de la maison	
Préparer les repas sans porter des objets lourds ou chauds	
Entrer ou sortir du lit	
Répondre à la porte ou au téléphone	
S'asseoir ou se lever d'une chaise	
S'habiller ou se déshabiller	
Faire sa toilette	
Se rendre aux toilettes	
Total :	

*Un score total supérieur à 70 indique que la personne a une peur de la chute*

## Annexe 13

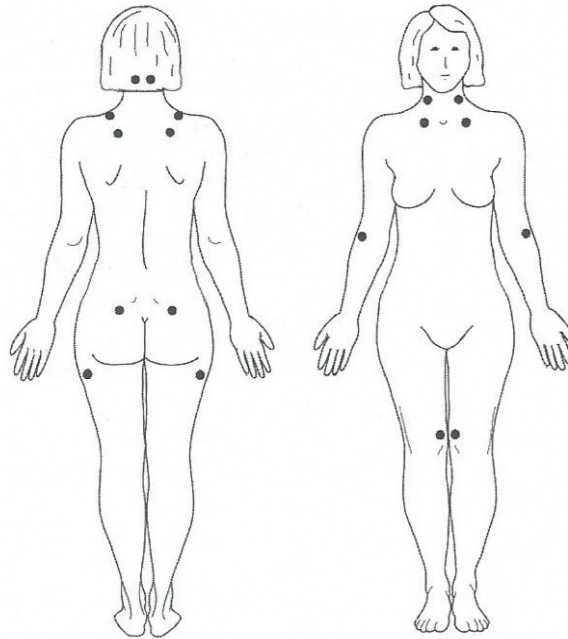


Schéma des points de pression pour le diagnostic de la fibromyalgie, extrait de *La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique* de Luc Bodin, 2009

Ce mémoire a été supervisé par  
Carole DUCUING



## RESUME

Ce mémoire propose une approche théorique, de type Thérapie Cognitivo-Comportementale, de l'influence de la douleur chronique sur le fonctionnement bio-psycho-social et psychomoteur des individus, ainsi qu'une réflexion sur la prise en charge psychomotrice autour de la pleine conscience.

La partie pratique illustre le travail mené auprès d'un groupe de patientes adultes rencontrées dans le cadre d'un centre anti-douleur. Elle rend compte de l'évaluation des patientes avant et après une période de 8 semaines d'initiation à la pleine conscience.

L'intérêt et les limites de l'utilisation de la pleine conscience comme médiation psychomotrice sont exposés dans la discussion et la conclusion.

**Mots-clefs : douleur chronique, pleine conscience, médiation psychomotrice, groupe, adulte**

## ABSTRACT

This essay suggests a theoretical approach, inspired by Cognitive-Behavioral Therapy, about the effects of chronic pain on the biopsychosocial and psychomotor functioning of the individuals, as well as a reflection on the psychomotor therapy around Mindfulness.

The third part illustrates the work led with a group of grown-up patients met in a pain clinic. It reports the evaluation of the patients before and after a period of 8 weeks of introduction in Mindfulness.

Interests and borders of the use of Mindfulness as psychomotor mediation are displayed in the discussion and the conclusion.

**Key words : chronic pain, mindfulness, psychomotor mediation, group, adult**